FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 19 Décembre 1900, à 1 h.

PAR

René HURAULT

Né à Baccon (Loiret) le 17 Novembre 1875

ÉTUDE

SUR LES

LIPOMES CONGÉNITAUX

OSTÉO-PÉRIOSTIQUES

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. POIRIER, professeur.

BROCA (Aug.) et LEGUEU, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

ANCIENNE MAISON JOUVE

Imprimerie de la Faculté de médecine

L. BOYER

15, RUE RACINE, 15

—

1900

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. GUINARD

Chirurgien des Hôpitaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Membre de l'Académie de médecine
Chirurgien des Hôpitaux
Commandeur de la Légion d'honneur

Avant-Propos

Dans le courant de l'année 1899, nous avons été vivement frappé par un fait qui nous a paru mériter quelques développements, au double point de vue de l'anatomie pathologique et de la clinique.

Il s'agit d'un lipome congénital ostéo-périostique, dont l'histoire est relatée plus loin avec détails, développé aux dépens de l'omoplate d'une fillette, qui fut opérée et guérie par le docteur A. Guinard, Chirurgien des Hôpitaux, à l'extrême obligeance duquel nous devons la relation inédite de cette observation.

Nous avons eu, à cette occasion, la curiosité de rechercher s'il existait, dans la littérature médicale, beaucoup de cas analogues. Malgré les nombreuses recherches auxquelles nous nous sommes livré, nous n'avons pu réunir qu'un nombre assez restreint d'observations de lipomes ostéo-périostiques congénitaux (31).

En les joignant à la curieuse et intéressante observation du D[r] A. Guinard, nous avons pensé qu'il y avait matière à un travail capable d'intéresser le praticien. C'est donc le résultat de nos recherches qui fait l'objet de cette thèse inaugurale.

Nous relaterons, tout d'abord, avec le développement qu'elle comporte, l'observation qui sert de base à ce mémoire, et nous donnerons à la suite, les obser-servations analogues que nous avons pu rencontrer dans les auteurs.

Suivra le résumé des réflexions suggérées par la lecture et la comparaison entre elles, de ces observations, au sujet de l'étiologie de la pathogénie, de l'anatomie pathologique et des symptômes de l'affection que nous étudions.

En dernier lieu, nous parlerons de l'évolution et du diagnostic de cette tumeur, en insistant sur les difficultés qu'on peut rencontrer à cet égard. Et après avoir, en quelques mots, parlé du traitement, nous résumerons les points principaux ressortant de cette étude, par les quelques conclusions qu'elle nous paraît légitimer.

Mais avant d'aborder cette étude, nous devons, à l'occasion de ce travail qui marque la fin de nos études, et suivant une louable tradition, remercier ici les maîtres des hôpitaux, qui ont plus particulièrement contribué à notre instruction médicale : MM. Jarjavay et Bernard, qui nous ont, les premiers, initié aux éléments de la chirurgie ; le regretté Dr Gingeot, à qui nous devons, ainsi qu'au Dr Jacquet, nos premières connaissances en médecine. Les Drs Rendu, Hudelo et Barié, dont nous avons aussi suivi les services, ont droit à nos remerciements.

Nous fûmes quelques mois l'élève du Dr Comby, médecin des Enfants Malades ; c'est à lui que nous

devons nos connaissances en médecine et thérapeutique infantiles.

Le Dr Gérard-Marchant, fut pour nous plus qu'un maître ; nous nous souviendrons toujours des quelques mois passés dans son service de l'hôpital Tenon, où nous avons pu si largement mettre à profit son enseignement.

Pendant plusieurs mois, nous avons été l'élève de M. le professeur agrégé Bonnaire ; nous ne penserons jamais sans regrets au temps passé à la Maternité de Lariboisière.

Avec M. le professeur Pinard, nous avons complété notre éducation obstétricale. Grâce à son enseignement si clair, à ses vues si larges, nous avons pu acquérir de solides notions en cet art d'une pratique si délicate.

M. le Dr A. Guinard, Chirurgien des Hôpitaux, a bien voulu nous inspirer cette thèse. Dans les trop courts instants qu'il nous a été donné de passer auprès de lui, nous avons pu apprécier toute sa bonté et toute son affabilité ; c'est dire combien nous regrettons que, moins heureux que plusieurs de nos amis, les circonstances ne nous aient pas permis d'être plus tôt son élève.

Enfin, M. le professeur Tillaux, a bien voulu accepter la présidence de cette thèse. L'honneur qu'il nous fait n'a d'égal que la sincère reconnaissance que nous lui en avons.

Observations

Nous donnons en premier lieu le texte des observations de lipômes ostéo-périostiques congénitaux que nous avons pu recueillir et d'après lesquelles nous avons tracé son histoire. — Nous commençons par notre observation inédite ; les autres sont classées dans l'ordre suivant : 1° Lipômes congénitaux ostéo-périostiques des membres, 2° du crâne et 3° du rachis.

OBSERVATION I. — Inédite, dûe à l'obligeance de M. le Dr Guinard, chirurgien des Hôpitaux.

Lipôme congénital de la fosse sous-épineuse droite.

« Il s'agit d'une petite fille, qui jusqu'à l'âge de sept mois, n'a rien présenté de particulier. Elle est nourrie au sein par sa mère qui est d'une santé excellente et a déjà nourri quatre autres enfants, tous actuellement vivants et bien portants. Rien à noter dans les antécédents paternels et maternels.

C'est par hasard, en faisant la toilette de l'enfant, qu'on s'aperçut que l'omoplate était plus grosse que celle de l'autre côté.

A l'examen, je trouve en effet dans la fosse sous-épineuse une tumeur aplatie qui paraît absolument fluctuante. Elle siège sous le muscle sous-épineux qui, en se contractant, l'aplatit et masque la fluctuation. Plusieurs ponctions faites avec la seringue de Pravaz, puis avec le plus gros trocart de l'aspirateur, restent sans résultat : la sensation de fluctuation est donc une illusion.

M. Kirmisson pense à la possibilité d'une syphilis héréditaire, bien qu'il n'y ait aucun stigmate sur l'enfant et que les parents soient absolument indemnes. Le traitement spécifique ne donne d'ailleurs aucun résultat appréciable.

Je conseille d'intervenir et de faire au moins une incision exploratrice, d'autant plus que M. le Dr Comby, consulté, en raison du bon état général de la petite malade, avait prononcé le mot de lipôme congénital.

Mais, deux mois après, l'état général et local est bien changé. L'enfant est pâle, amaigrie ; elle a une diarrhée incessante et tousse beaucoup. La tumeur a plus que doublé de volume en cet espace de temps ; elle a la grosseur d'un œuf de dinde et soulève le muscle sous épineux La fluctuation semble avoir disparu. Elle est collée contre l'os, mais il semble qu'on puisse la mobiliser un peu dans le sens transversal. Le système ganglionnaire est indemne.

Je reviens au diagnostic de sarcome, auquel j'avais déjà pensé, en raison de la marche rapide du mal.

L'opération est faite le 22 décembre 1899, sous le chloroforme.

Incision de 10 centimètres, dirigée obliquement suivant le sens des fibres du muscle sous-épineux. Le muscle soulevé, laisse apparaître la tumeur qui s'énuclée avec la plus grande facilité. Un pédicule fibreux la fixe seulement en haut, à l'omoplate, au-dessous de la cavité glénoïde. Avec de forts

ciseaux, le pédicule est sectionné au ras de l'os. Nulle part, l'os n'est dénudé : le périoste le recouvre partout et la tumeur est située entre le périoste et le muscle.

Les suites sont d'une simplicité parfaite et tout est resté en excellent état depuis cette époque. L'enfant est restée longtemps pâle et affaiblie, mais actuellement (novembre 1900), elle a tout-à-fait repris le dessus.

Dès que l'opération est achevée, je coupe en deux la tumeur en présence du père et des deux oncles de l'enfant, qui sont tous les trois médecins, et de l'avis unanime, nous n'hésitons pas à dire qu'il s'agit d'un sarcome. La masse est en effet constituée par des lobes mous, gélatineux, avec des travées peu visibles.

Néanmoins, nous confions la tumeur au Docteur Milian qui, à notre grande satisfaction, nous a remis la note histologique ci-jointe, qui démontre bien qu'il ne s'agissait pas de sarcome. La guérison parfaite de l'enfant a bien confirmé le résultat de l'examen microscopique et il faut bien souligner que, dans ce cas, la clinique et l'examen microscopique de la tumeur s'associaient pour nous tromper.

Note de M. le Docteur Milian. — L'examen histologique de la tumeur remise le 31 décembre 1899, révèle les caractères suivants :

La masse principale de la tumeur est formée de cellules adipeuses tassées les unes contre les autres en lobules, limités par des cloisons conjonctives assez minces et peu riches en cellules. C'est la structure caractéristique du lipome. De place en place, on trouve des faisceaux musculaires refoulés vers la périphérie par le développement de la graisse. Au pourtour de la tumeur, les organes sont sains : artères, veines, nerfs, muscles, n'ont subi aucune altération. On ne

trouve nulle part de prolifération cellulaire capable de faire songer à un sarcome.

Il s'agit manifestement d'une tumeur bénigne, d'un lipome simple. »

OBSERVATION II

Lipome congénital de la clavicule. — Pearce Gould, cité par Bland Sutton, in Méd. Chirurg. Trans. 1885.

« Ce lipome que portait un tout petit enfant, était situé sous le muscle sterno-cleido-mastoïdien et son adhérence à l'os était si intime que le périoste fut enlevé pendant son extirpation.

Après l'opération, on vit que la portion de la tumeur attachée à la clavicule, contenait une très mince couche de fibres musculaires striées. Il faut conclure de ce fait que nous sommes ici en présence d'un de ces muscles anormaux si fréquents à la clavicule.

Le tissu musculaire paraît donc avoir subi la dégénérescence graisseuse. Ce tissu adipeux s'accrut en même temps que grandissait l'enfant ; son volume devint tel qu'il attira bientôt l'attention. C'est ainsi que cette tumeur tomba entre les mains du chirurgien. »

OBSERVATION III

Lipome congénital du col du radius. — Th. Smith. — Trans. of the pathol. Soc. of London, 1868.

Il s'agit d'un lipome existant depuis fort longtemps, qui fut enlevé sur l'avant-bras d'un garçon de 9 ans.

Très dense, immobile, il était fixé solidement sur le radius. Il s'était accru progressivement, et très rapidement dans les derniers temps. On l'opéra à l'hôpital des Enfants de Londres et l'on trouva qu'il s'implantait sur le col radial. Après l'ablation de la tumeur, le radius etait rugueux, dénudé ; il présentait sur le côté où celle ci s'était fixée, un profond sillon, au fond duquel se voyaient de petits morceaux d'os solidement adhérents au lipome.

OBSERVATION IV

Lipome congénital de l'ischion. — Th. Smith. — Trans. of the pathol. Soc. of London, 1866.

Le lipome, dont il s'agit, existait depuis la naissance au dire de la mère, chez une petite fille de 5 ans. La tumeur faisait saillie en arrière du côté de la fesse et l'on pouvait aussi la sentir en avant entre les vaisseaux fémoraux et les adducteurs. Elle s'attachait solidement en un point de l'ischion.

On l'extirpa par derrière ; on put alors constater qu'elle s'étendait à travers l'adducteur. La partie du lipome qui traversait ce muscle était indiquée par une étroite constriction et il y avait deux lobes, l'un antérieur, l'autre postérieur.

Le seul muscle qu'il fallut sacrifier au cours de l'opération fut le demi-membraneux, qui était si aminci que sa conservation n'était pas possible.

OBSERVATION V

Lipome congénital de l'os iliaque et du fémur. — (Heyfelder, loc. cit.)

Catherine Nickel, âgée de 3 ans 1/2, de bonne constitution, présentait sur la fesse gauche une tumeur considérable, qui avait dix pouces de longueur sur huit de largeur. Observée par les parents, quelques semaines après la naissance, elle n'avait alors que la grosseur d'une noix.

Cette tumeur était peu adhérente à la peau ; elle était assez circonscrite, pas pédiculée. Indolente et sans pulsations, on y percevait quelque fluctuation.

Cette fluctuation, son accroissement rapide, montrent qu'elle était en certains points fongueuse ; mais sa mobilité, l'aspect sain de la peau, son indolence, le bon état général de la malade indiquent sa bonne nature.

Néanmoins la tumeur fut extirpée.

On trouva d'abord une couche musculaire peu épaisse, qui, divisée, laissa voir la tumeur unie étroitement à du tissu cellulaire.

Libérée de ses adhérences, on la trouva en rapport intime avec le côté externe de l'os iliaque, le fémur, les trochanters et jusqu'au sciatique.

L'opération se passa bien et l'enfant ne parut pas en être très affaiblie. Le soir, malgré cela, elle fut prise de fièvre vive, d'agitation, de délire et mourut le lendemain matin.

Les examens microscopique et histologique de la tumeur démontrèrent qu'on avait affaire à une production graisseuse.

OBSERVATION VI

Lipome congénital du fémur. — C. Walther. — Mercredi médical, 9 janvier 1895.

N... Emile, âgé de 13 ans, entre le 3 août 1892 à l'Hôtel-Dieu, dans le service du Professeur Tillaux alors suppléé par M. Walther.

Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels. Il ne saurait dire exactement le début exact de la tumeur qu'il présente à la cuisse droite, mais depuis un certain nombre d'années déjà, celle-ci était plus grosse ; ce n'est que depuis 18 mois que l'augmentation a été trés rapide, et les troubles de la marche ont débuté il y a 6 mois seulement. Jamais de douleurs.

La cuisse droite est déformée par une tumeur volumineuse qui saille en avant et sur les faces latérales. La face postérieure n'est pas déformée. La tumeur occupe toute la hauteur de la cuisse. Pas d'altération des téguments. Vascularisation cutanée exagérée.

L'exploration, l'enfant couché, donne des renseignements complets. La consistance est très molle, égale, fluctuante. On peut mobiliser la tumeur dans sa partie inférieure. En haut, exploration difficile à cause de la profondeur des régions à explorer ; elle est moins mobile en cet endroit. La contraction du biceps réduit la tumeur, l'immobilise, la durcit. Bref, l'exploration montre : 1° que la tumeur est profonde, sous-tricipitale ; 2° qu'elle est fixée dans la profondeur à sa partie supérieure.

On rejette le diagnostic d'abcès froid, malgré la fluctuation, par suite de l'intégrité du squelette et des articulations et l'on s'arrête au diagnostic de volumineux lipome.

De plus, « la situation profonde de la tumeur, l'adhérence probable au squelette, le développement insidieux, puis rapide, chez un enfant de 13 ans, sont des caractères habituels aux tumeurs congénitales. »

Opération le 10 août. Incision de la peau. Le droit antérieur est recliné, la lame tendineuse des vastes, sectionnée. On aperçoit un volumineux lipome encapsulé, siégeant sous le vaste externe et une 2e tumeur à la partie interne de la loge. Ces 2 lobes se confondent en haut et aboutissent à un pédicule fibreux qui s'attache au fémur, au-dessous du petit trochanter. Des lames musculaires tricipitales adhèrent par endroits à la tumeur ; le pédicule adhérent au périoste est isolé et détaché, laissant une surface osseuse rugueuse, mamelonnée.

Les vaisseaux liés, les divers plans suturés, la plaie est refermée.

Suites très simples. L'enfant sort de l'Hôtel-Dieu le 8 septembre guéri.

La pièce enlevée pèse 1400 gr. Elle comprend deux masses ovoïdes appendues à un pédicule, offrant à la coupe tous les caractères du lipome.

L'examen histologique n'a pu être fait, mais « les caractères macroscopiques étaient assez nets pour classer la tumeur, en partie fibro-lipomateuse, en partie purement lipomateuse. »

OBSERVATION VII

Lipome congénital du fémur. — D'Arcy Power. — The Lancet, 1888 (souvent citée).

Le malade, un garçon de 9 ans, portait une tumeur indolente, occupant le tiers supérieur de la cuisse. La peau était mobile et les veines cutanées dilatées.

La tumeur fut enlevée. Elle était solidement fixée au périoste, au dessous du petit trochanter. Elle pesait 15 onces et mesurait 6 pouces sur 5. Elle était partiellement capsulée et se composait de plusieurs lobes, réunis par un tissu aréolaire. La consistance était dure.

A l'examen, au microscope, on trouva des amas de graisse, séparés par de gros faisceaux conjonctifs.

M. Power rappelle l'opinion de Butlin, d'après laquelle ces tumeurs sont d'abord fibreuses et deviennent ensuite graisseuses ; mais il estime qu'il n'y a aucune raison pour que les lipomes ne puissent naître du périoste, étant de nature conjonctive. Le tissu connectif proliférerait en un point et ses éléments cellulaires se chargeraient de graisse.

Pour ce qui est de l'absence de capsule, M. Power pense que dans la portion encapsulée la grande quantité de tissu conjonctif peut faire regarder la tumeur comme un fibro-lipome, tandis que l'autre portion serait du lipome pur.

OBSERVATION VIII

Lipome congénital de la jambe.— Butlin.— Path. Soc. Trans. vol. XXVIII, cité par B. Sutton, Méd. Chir. Trans. 1885.

« Th. Smith enleva un lipome de la jambe chez une petite fille de 7 ans. Cette tumeur avait été vue pour la première fois, quand l'enfant avait un an, au moment où elle commença à marcher. Elle occupait la partie postéro-supérieure de la jambe, un peu au-dessous du genou. Quand on l'enleva, on s'aperçut qu'elle était placée au milieu des muscles profonds et qu'elle passait entre le tibia et le péroné. Du volume d'une tête fœtale, elle était composée en parties égales de tissu fibreux et de tissu adipeux. Elle était encapsulée et chaque lobule graisseux était entouré de travées fibreuses. Au milieu de ces trabécules fibreux, on pouvait voir de minces bandelettes rouges, qu'on reconnut, plus tard, pour être du muscle strié. Ces fibres striées couraient en tous sens par toute la tumeur, mais elles étaient surtout abondantes à la partie antérieure de la masse et selon la direction longitudinale.

Butlin pense que ce tissu musculaire n'est pas néoformé, qu'il a seulement été enfermé dans la tumeur, pendant son accroissement.

Comme dans le cas de Pearce Gould, il y a lieu de penser ici à une masse musculaire qui a dégénéré en tissu graisseux et dont les éléments se sont dispersés. Les curieuses bandes fibreuses, la capsule et les travées rappellent étrangement la disposition du tissu connectif, entre les fascicules d'un muscle ordinaire de la jambe. »

OBSERVATION IX

Lipome congénital des métatarsiens. — Jeanbrau (de Montpellier). — Bulletin de la Soc. Anat. oct. 1899.

Un enfant de 12 ans, portait sur le dos du pied une tumeur saillante, du volume d'une orange, poussant à travers le premier espace interrosseux, un prolongement dans la plante.

L'extirpation montra qu'il s'agissait d'un lipome circonscrit, intimement uni au périoste des 2 premiers métatarsiens, tous les deux fortement excavés et amincis. Il existait, comme l'examen clinique avait permis de le soupçonner, un prolongement plantaire étalé contre la voûte.

L'excavation des métatarsiens élargissant ainsi l'espace interosseux où la tumeur s'était primitivement développée, permit de penser que le lipome était d'origine congénitale et avait pris naissance sur le périoste des deux os, dont le développement avait marché parallèlement au sien.

OBSERVATION X

Lipome congénital du front. — Heyfelder. — De lipomate 1842. Stuttgard, (souvent citée par les auteurs).

A Trévise, naquit en 1824, un enfant portant sur le front une tumeur molle, mobile en certains points, régulièrement

circonscrite, ne présentant ni fluctuation, ni pulsations, ni douleurs, et ayant la grosseur d'un œuf.

Cette tumeur fut enlevée 15 jours après la naissance. On vit qu'elle était de nature graisseuse, lobulée, et qu'elle adhérait au crâne

L'enfant mourut 20 heures après l'opération

OBSERVATION XI

Lipome congénital du front — (Reclus. — Bull. Société anatomique, 4 mars 1881).

« M. Reclus a opéré, à la Pitié, un malade atteint d'un lipome de la partie médiane du front. L'opéré a affirmé que la tumeur était congénitale. M. Duplay, ajoute M. Reclus, aurait observé un cas analogue. »

OBSERVATION XII

Lipome congénital du front. — Lannelongue. — Affections congénitales. t. I. Paris, 1891

Chez une petite fille de dix mois, existait une tumeur du volume d'une mandarine, située sur le côté droit du front, au-dessus des sourcils. Cette tumeur avait été remarquée dès la naissance et son volume était alors celui d'une grosse noisette. Depuis lors, son accroissement ayant été très

rapide, on eut la pensée, en voyant l'enfant à l'âge de dix mois, qu'il s'agissait d'un sarcome.

Extérieurement, les contours de la tumeur étaient bien limités de tous les côtés. La peau n'était pas altérée, mais elle ne glissait pas facilement à sa surface ; par endroits, elle adhérait manifestement. Un rebord osseux prononcé autour de la base du néoplasme indiquait les rapports intimes de sa face profonde avec le frontal La tumeur n'était pas mobile, elle faisait corps avec le squelette. Quelques dépressions à la surface, semblaient la diviser en lobes réunis profondément. La consistance de ces gros noyaux et de toute la masse était assez ferme, mais peu élastique. La tumeur n'avait déterminé jusqu'alors aucun trouble fonctionnel. C'est uniquement à cause de son accroissement rapide qu'on en fit l'ablation.

Au cours de l'opération, on constata que la tumeur pénétrait dans le frontal. Dans une étendue grande comme une pièce de cinq francs, cet os présentait une surface ulcérée et des anfractuosités remplies par le néoplasme. Il fallut gratter toute cette surface, et malgré la crainte qu'on en avait, on ne constata pas de perforation osseuse, mais presque toute son épaisseur était envahie. Il fallut aussi gratter la face profonde de la peau.

Il fallut l'examen histologique de la pièce enlevée, pour ôter toutes les appréhensions concernant la nature du néoplasme, craintes que l'examen macroscopique n'avait pas complètement dissipées. Il révéla que la tumeur n'était composée que de tissu adipeux avec fort peu de tissu cellulaire : c'était un lipome presque pur.

La guérison de l'enfant eut lieu sans incident et s'est maintenue depuis cette époque.

OBSERVATION XIII

Lipome congénital du front. — Guépin et Orrillard. — Bull. Société Anat., 24 nov. 1893

Un homme de 40 ans se présente à Lariboisière, demandant l'ablation d'une petite tumeur qu'il porte au dessus de la partie moyenne du sourcil droit. Cette tumeur, du volume d'une noix, est douloureuse à la pression ; sa consistance est ferme, sa surface un peu irrégulière, sans lobulation toutefois. Elle est mobile sous la peau superficielle, mais elle adhère au périoste du frontal. A ce niveau, l'os semble présenter une légère dépression.

Si l'on ajoute aux signes précités, le début précoce de la tumeur que le malade affirme remonter à sa plus tendre enfance et qu'il s'est toujours connue, on doit penser au kyste dermoïde. Le siège du néoplasme, son adhérence à l'os, la dépression du frontal sur laquelle il repose, viennent encore appuyer cette hypothèse.

Une incision parallèle aux plis frontaux découvre une masse lipomateuse située au-dessous de la peau et du muscle frontal. Elle est bien circonscrite, sans être toutefois encapsulée.

Ce lipome paraît donc devoir être considéré comme un lipome périostique très vraisemblablement congénital, siégeant au lieu d'élection.

A ce propos, les observateurs font remarquer, que ce cas ne parait pas rentrer dans la catégorie des lipomes congénitaux, dûs à la transformation d'un angiome, selon la théorie de M. Lannelongue.

OBSERVATION XIV

Lipome congénital du front. — Chipault. — Médecine Moderne, déc. 1895

« Le 11 juillet 1895, on nous amenait un garçon de 4 ans 1/2, sans tare héréditaire ou personnelle, qui portait, au niveau de la bosse frontale gauche, une tumeur constatée dès la naissance, et qui, après être restée à peu près stationnaire, avait brusquement pris, depuis un mois, une évolution rapide. Elle avait atteint le volume d'une petite orange et était un peu plus saillante dans sa partie inférieure que dans la supérieure, sans avoir du reste aucune tendance à la pédiculisation. Elle ne présentait aucune trace de lobulation ; la peau était saine, mobile sur la masse, qui paraissait au contraire solidement adhérente à la profondeur ; en la prenant à pleine main on pouvait lui faire subir une sorte de mouvement de va et-vient, mais indiscutablement limité à ses parties superficielles. Sa consistance était élastique ; son indolence parfaite. Le crâne, à la périphérie de sa base, paraissait normal. La rapidité du développement rendait nécessaire une intervention prompte. Elle fut pratiquée le surlendemain ; une incision longitudinale mit à nu la tumeur encapsulée, jaunâtre, et qui se laissa très facilement énucléer, sauf dans la profondeur, où elle adhérait intimement sur une étendue de quelques centimètres au périoste et à l'os. On dut inciser circulairement le premier et sectionner le second. La dure-mère se trouva ainsi à nu, sur une étendue correspondante ».

La plaie guérit sous un seul pansement. Aujourd'hui la

cicatrice est à peine appréciable et la perte de substance osseuse diminue manifestement de diamètre.

L'examen de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un lipome, superficiellement encapsulé, non cloisonné, se substituant dans sa partie profonde au périoste et à l'os perforé jusqu'à dure-mère.

OBSERVATION XV

Lipome congénital du crâne. — Nancrède — Boston Méd. and Surg. Journ. 1883, ou Path. Soc. of Philadelphie, 1883.

« Cette tumeur n'est présentée à le Société qu'à cause de la rareté de pareilles tumeurs congénitales. Le porteur était un enfant de 16 mois. On remarqua la présence du lipome à trois semaines; il est donc congénital, puisqu'il avait déjà à ce moment le volume du poing.

Cette tumeur ne présentait aucun des signes du lipome, sauf une légère lobulation ; la peau était mobile à sa surface et ne présentait pas les dépressions ordinaires en ce cas. Son siège n'était pas celui des kystes dermoïdes, et pourtant, placé sur le côté gauche du crâne, on pensa, à cause de son parfait, encapsulement à un kyste congénital. En cherchant à le déplacer, on pouvait voir qu'il était situé sous l'aponévrose de l'occipito-frontal.

Des coupes microscopiques, faites par Mac-Connel. montrèrent que c'était un lipome pur.

OBSERVATION XVI

Lipome congénital de la région pariétale. — Felheisen. — Ueber des Lipom. der Stirn. Congrès des médecins allemands de Würtzbourg, 1882.

Divers auteurs, Lannelongue, Chipault, rapportent que sur 4 lipomes ostéo-périostiques du crâne observés par Felheisen, il y en avait un congénital situé à la région pariétale. (Il nous a été impossible de nous procurer l'ouvrage cité ci-dessus, et par suite d'avoir de plus amples détails sur ce cas).

OBSERVATION XVII

Lipome congénital du crâne. — Sydney Jones. — Trans. of the patholog. soc. of London, 1881. t. xxxii.

Un enfant de vingt mois portait une tumeur située sur la suture saggitale, s'avançant en arrière juqu'au niveau de la fontanelle occipito-pariétale, fluctuante, sauf au pourtour, où elle était plus consistante, et absolument irréductible. Cette tumeur fut aperçue dès l'âge de deux mois et elle avait le volume d'une bille. Elle s'accrut très rapidement dans les derniers mois.

Durant l'opération, on constata la présence d'adhérences avec le cuir chevelu et le péricrâne. La tumeur était un lipome ; il pesait soixante-dix grammes.

Sydney Jones ne donne aucun autre renseignement complémentaire.

OBSERVATION XVIII

Lipome congénital de la région occipitale. — Heincke, cité par Grosch, loc. cit.

Un jeune homme de dix-huit ans portait une tumeur de la région occipitale, dont l'origine remontait à la première enfance. Elle avait le volume du poing et adhérait très étroitement à la partie inférieure de l'occipital. Cette union intime à l'os, la forme de la tumeur, son siège, firent penser avec vraisemblance à un encéphalocèle.

Heincke l'opéra et l'on vit alors qu'on avait affaire à un lipome placé sous l'épicrâne.

OBSERVATION XIX

Lipome congénital de la partie postérieure du crâne.—Seerig, cité par Grosch, Deutsch Zeitschr. für chir. 1887).

Un enfant de deux ans et demi portait un lipome congénital de la région postérieure du crâne. Cette tumeur, grosse comme un pois, au moment de la naissance s'était accrue rapidement et était arrivée à recouvrir toute la partie postérieure de la tête en envahissant le cou et en s'avançant jusqu'aux oreilles. Fluctuante en certains endroits, pulsatile

vers sa base, elle n'adhérait pas très intimement à la peau, ni à l'os ; on la comparait à un sac de laine bien rembourré.

Secrig l'opéra et la plaie se ferma en quatre semaines.

La tumeur était composée d'une masse blanche, lardacée, entourée d'une enveloppe celluleuse ; une portion seule était graisseuse.

OBSERVATION XX

Lipome congénital de l'aile du sphénoïde. — J. Wood. — Trans. of. the pathol. soc. of London, 1875.

Chez un garçon de 10 ans on remarqua, il y a plus de cinq ans, un gonflement, au niveau de la fosse zygomatique droite, qui augmenta progressivement jusqu'à ce jour. La tumeur apparut peu après dans la bouche et au dehors, refoulant la branche ascendante du maxillaire inférieur. On fit une ponction qui n'amena que du sang.

L'état général était excellent. Pas de douleurs, pas de paralysie, pas d'anesthésie.

La région temporale droite était toute entière occupée par une tumeur élastique, légèrement irrégulière, derrière laquelle on sentait se contracter le temporal. Le resserrement des mâchoires augmentait la tension de la tumeur. Derrière elle, on sentait nettement l'arcade zygomatique beaucoup plus haute que l'opposée et repoussée en dehors. On pouvait sentir facilement au-dessous, le masséter se contracter, et derrière lui, le condyle se mouvoir librement dans la cavité glénoïde.

Dans la bouche, la tumeur proéminait comme un polype

entre la mâchoire supérieure et l'apophyse coronoïde du maxillaire inférieur. La portion droite de l'arcade dentaire supérieure était reportée en dedans et aplatie, tandis que l'arcade du maxillaire inférieur était ouverte, élargie ; il s'en suivait que les dents n'étaient plus en contact, au-delà des canines.

Le canal de Sténon était intact.

L'ablation eut lieu le 6 mars 1875. Incision de la peau et de l'aponévrose temporale. L'index gauche fut introduit dans la plaie et les caractères de la tumeur apparurent nettement, ainsi que ses connexions à l'os et aux parties voisines.

Une contre-ouverture fut pratiquée par la bouche. L'index droit fut introduit à son tour. Les deux index se rencontrèrent dans la fosse zygomatique et permirent de s'assurer que la tumeur adhérait solidement à l'apophyse ptérygoïde du sphénoïde.

On put énucléer avec les doigts la tumeur de ses connexions lâches ; puis, elle fut enlevée de son adhérence osseuse, après avoir été divisée en deux parties.

La tumeur avait le volume du poing de l'enfant ; elle était disposée en lobes polypoïdes semblant rayonner du point sphénoïdal. Les vaisseaux et les nerfs voisins étaient intacts. Il n'y eût presque pas de sang répandu.

Après l'opération, pansement après drainage, et bandage destiné à comprimer les parties élargies.

Guérison après 3 semaines. L'arcade zygomatique était encore proéminente à la sortie du malade de l'hôpital.

A l'examen histologique, on constata qu'on avait affaire à un lipôme myxomateux.

OBSERVATION XXI

Lipôme congénital de la région cervicale du rachis. — Obré. — Transactions of the patholog. Soc. of London, 1852.

Un enfant, âgé d'un an, est pris de convulsions compliquées d'anesthésie limitée et de spasmes du côté droit du corps, bientôt suivis de paralysie partielle des membres. Cet enfant vécut ainsi jusqu'à l'âge de 3 ans, époque à laquelle il mourut rapidement, après une attaque nouvelle de convulsions.

A l'autopsie, on trouva dans la région cervicale du canal vertébral, une masse de tissu graisseux, qui contractait des adhérences avec les parties voisines et emplissait le canal rachidien.

OBSERVATION XXII

Lipome congénital de la colonne cervicale. — Dr Jallet, cité dans la thèse de Darbez, Paris 1868

Marcelline N..., âgée de 12 ans, entre le 20 mai 1865, à l'Hôtel-Dieu de Poitiers dans le service du Dr Jallet. Bonne santé antérieure. On remarque seulement de l'atrophie musculaire prononcée dans le membre gauche surtout. Pas d'antécédents héréditaires.

Elle porte trois lipomes dont un considérable, qui siège

dans le dos. Partant de la région cervicale, il s'étale entre les épaules, à gauche surtout et retombe sur la région lombaire. Cette première tumeur se continue par une seconde masse qui sert à la relier à une troisième. Ces tumeurs assez dures, immobiles, paraissent envahir la profondeur. La peau est amincie et sillonnée de veines.

La première de ces tumeurs a été remarquée seulement à l'âge de 4 mois et elle avait à cette époque le volume d'un œuf de pigeon. Il y a donc toutes raisons de penser qu'on a affaire à une tumeur congénitale, qui n'a fait qu'augmenter lentement jusqu'à ce jour.

A l'hôpital, le 10 juin, la peau s'ulcère. Le volume augmentant toujours, le docteur Jallet se décida à l'opérer le 6 juillet.

Après une large incision, il arrive sur le muscle trapèze qu'il divise. Une dissection minutieuse fut nécessaire et l'entraîna jusqu'aux muscles des gouttières vertébrales. Le paquet adipeux poussait des prolongements jusqu'entre les apophyses transverses de la colonne vertébrale. Ce paquet graisseux enlevé, on tombe sur une deuxième tumeur qui est difficilement énucléée. Enfin, la dernière tumeur graisseuse exige une dissection très laborieuse à cause des multiples prolongements qu'elle envoie aux parties voisines (os et parties molles) auxquelles elle adhère par des pédicules, qu'on ne peut que sectionner.

Le traumatisme opératoire nécessité par cette laborieuse intervention fut tel, que l'enfant succomba une demi-heure après. L'autopsie ne fut pas faite.

OBSERVATION XXIII

Lipome congénital de la colonne cervicale. — Holmes. — Thérap. des mal. chirurg. de l'enf., trad. du Dr Larcher, 1879.

Le malade, âgé de 3 ans, fut admis dans le service de Holmes, le 3 novembre 1861, à Saint-Georges Hospital, pour une volumineuse tumeur qui occupait le cou depuis très longtemps. Bien que la mère ne pût affirmer l'avoir vue à la naissance, il est permis de penser qu'elle était congénitale. Quoiqu'il en soit, elle faisait une forte saillie à la partie postérieure du cou et au-dessus de la clavicule, mais elle ne paraissait pas s'étendre jusqu'aux vaisseaux. En arrière, la tension des tissus ne permit pas de délimiter la tumeur. A la palpation, elle offrait une consistance inégale, au point qu'on pouvait penser par endroits à la présence de liquide. Une ponction exploratrice fut cependant négative.

L'opération montra une tumeur enveloppée d'une capsule limitée et facile à détacher des parties qui l'entouraient dans la portion antérieure du cou ; mais, en arrière, elle offrait un volumineux prolongement, qui s'enfonçait profondément à la rencontre des apophyses transverses des vertèbres cervicales, avec le périoste desquelles la capsule de la tumeur se confondait d'une façon très intime. Il fallut déployer une certaine force pour extraire cette masse.

L'examen montra qu'il s'agissait d'un lipome entouré d'une capsule de tissu fibreux.

Guérison.

OBSERVATION XXIV

Lipome congénital de la région inférieure de la nuque (vertèbres cervicales). — Braquehaye. — Bull. Soc. Anat., 18 mars 1894.

Clotilde B..., 18 ans, se présente le 9 mai à la consultation de l'hôpital Trousseau, pour des gommes tuberculeuses de la peau. Par hasard, on remarque une tumeur médiane et aplatie à la partie inférieure de la nuque.

Rien dans les antécédents héréditaires ou personnels.

Sans affirmer que cette tumeur existait à la naissance, la malade assure l'avoir toujours connue, aussi loin que remontent ses souvenirs. A 12 ans, elle avait le volume d'une noix.

Actuellement, elle est médiane, et elle forme à la base de la nuque une voussure arrondie, régulière, aplatie, allongée verticalement, absolument indolore. Latéralement, elle se continue peu à peu avec les parties voisines. La peau normale adhère à la tumeur, qui est peu mobile sur la couche profonde.

Le 16 mai, intervention. On incise ; on tombe sur une tumeur formée d'une agglomération de lobules graisseux fins. Sur les bords, elle se continue avec la graisse sous-cutanée. Elle est vasculaire et saigne abondemment. Il faut une dissection attentive pour la séparer des apophyses épineuses des dernières vertèbres cervicales. On remarque après l'ablation, au niveau d'une apophyse épineuse, une lame fibreuse, qui séparait l'os de la tumeur.

Les suites de l'opération ne présentent rien de spécial à signaler.

OBSERVATION XXV

Lipome congénital de la colonne vertébrale (région dorsale). — Braquehaye. — Bull. Soc. Anat., 18 mai 1894.

Jeanne G..., âgée de 2 ans, ne présente rien à noter dans ses antécédents héréditaires : elle s'est toujours bien portée. Elle est bien conformée, mais présente cinq nævi vasculaires. A sa naissance, on remarqua près de la ligne médiane, au niveau de la 12e vertèbre dorsale, une petite tumeur, molle, séssile, de la grosseur d'une noisette. Depuis elle a régulièrement augmenté de volume, fusant sur le côté, dans le flanc et prenant une forme allongée. Elle a toujours été indolente.

On la présente à l'hôpital Trousseau (service du Professeur Lannelongue) le 9 mai. La tumeur est régulière, aplatie, sans bosselures, de consistance égale et molle, mate, non fluctuante. La peau, normale, est adhérente. On peut mobiliser la tumeur sur les parties profondes, dans le sens de son petit axe seulement.

Le 10, on intervient. Après incision, on constate que la tumeur n'est pas encapsulée ; elle est composée de graisse, absolument confondue avec le pannicule graisseux sous-cutané, sauf cependant une couche de tissu cellulaire qui la sépare de la profondeur. L'adhérence est très marquée au niveau du sommet des apophyses épineuses des 11e et 12e dorsales. Suture.

Le 17, réunion complète.

OBSERVATION XXVI

Lipome congénital de la colonne vertébrale se prolongeant dans le canal rachidien. — Athol Johnson. — Patholog. Society's Trans., t. VIII ; cité par Holmes.

« Le malade, dit Athol Johnson, me fut apporté, 3 semaines après sa naissance, avec un ulcère situé au sommet d'une tumeur mal définie, placée au-dessus du sacrum. L'ulcère se cicatrisa ; la tumeur, qui était certainement de nature graisseuse, s'accrut et devint fort incommode, par suite des convulsions qu'elle déterminait dans le membre inférieur droit à la moindre pression exercée sur elle. Je consentis, non sans appréhension, à l'opérer. Pendant l'intervention, je reconnus que la base de la tumeur graisseuse pénétrait jusqu'aux os vertébraux et même à l'intérieur du canal rachidien, par une ouverture due à l'absence de lame vertébrale, où elle adhérait aux méninges. Après un temps opératoire difficile, je réussis à la détacher. Le malade guérit. Il mourut peu après d'entérite. La tumeur fut alors examinée et je vous la présente ici. Outre la tumeur extérieure que j'ai ôtée, il existe une masse considérable de graisse qui est en connexion avec elle, et s'étend en dedans de la dure-mère, où elle comprime la moelle et entoure complètement les racines des nerfs spinaux ».

OBSERVATION XVII (Résumée)

Lipome congénital calcifié du sacrum. — Dr Briole. — Cité par Juda, in thèse 1884.

La nommée R..., vint consulter le Dr Briole pour une tumeur qu'elle portait depuis sa naissance à la région fessière. Cette femme n'a pas d'antécédents héréditaires pathologiques. Elle eut un enfant qui mourut d'athrepsie, n'ayant pu téter. Il portait, disait-on, sur la tête, la tumeur que la mère avait aux fesses.

La tumeur de la nommée R..., qui, à la naissance, avait le volume d'une avelline, s'était lentement et progressivement développée, en sorte qu'à l'heure présente, elle causait une gène énorme à la malade, bien qu'absolument indolente. Elle partait de l'épine iliaque gauche antéro-supérieure, s'étendait transversalement sur une longueur de 47 centimètres sur toute la fesse gauche et en partie sur la droite et mesurait 25 centimètres en hauteur et profondeur.

A son niveau, la peau est saine et non adhérente. Au palper, on note au milieu des parties molles, trois masses distinctes de consistance osseuse.

L'idée de spina-bifida, auquel on avait pensé à la naissance, en raison de son volume petit et de sa situation médio-sacrée, fut facilement rejetée. Toutefois, aucun diagnostic ferme ne fut posé.

Le 19 octobre 1882, le Dr Briole fit l'opération. La tumeur fut circonscrite par deux incisions et après avoir placé des pinces sur les artères qui saignaient, il fallut une dissection très attentive, pour la séparer des parties osseuses auxquelles

elle adhérait, et pour avoir raison de cette masse énorme qui fut alors très facilement enlevée. En quelques jours, la réunion de la plaie fut assurée.

Le point de départ avait donc été l'os sacré, d'où elle avait fusé latéralement.

La tumeur examinée pesait 5 kilogr. 540 gr. Elle ne présentait pas la moindre complexité anatomique : c'était toujours le même tissu adipeux, blanc jaunâtre, emprisonné sous forme de petits lobules dans une trame conjonctive. La réunion de ces lobules, constituait des lobes de grosseur variable, séparés par du tissu conjonctif où rampaient des vaisseaux.

Ce qui était particulier, c'est la présence de petits ilôts, de volume et de consistance variables, composés d'une matière ossiforme, qui n'était cependant pas de l'os, comme le prouva l'examen histologique, mais bien une matière calcaire.

OBSERVATION XXVIII

Lipome congénital de la région sacro-coccygienne. — Lannelongue, cite dans la thèse de Lachaud, Paris, 1883.

Le 5 janvier, on apporte à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. Lannelongue, la nommée J. K... âgée de quatre jours. La mère, primipare, est jeune et forte. Interrogée, elle fait savoir qu'il n'y a du côté des parents aucune hérédité morbide. La grossesse a été bonne et l'accouchement s'est fait dans les meilleures conditions.

La petite fille en naissant portait seulement à la région sacro-coccygienne, une tumeur du volume d'une petite

orange. Actuellement elle est chétive, elle a de l'ictère, mais prend bien le sein.

La tumeur s'étend de l'union du sacrum avec le coccyx au tiers supérieur des cuisses et mesure sept centimètres dans le sens de la hauteur sur neuf dans le sens de la largeur.

Elle est symétrique à peu près. Bilobée dans sa partie libre, elle est implantée par un large pédicule à sa base. L'anus est normalement placé en avant de la tumeur. Sur la ligne médiane, elle présente un sillon qui se continue en haut avec une dépression située au-dessus d'elle.

La peau qui la recouvre est normale : elle présente à gauche une cicatrice et montre toutefois deux taches vasculaires, de couleur lie de vin, de chaque côté. Par plans, elle adhère aux couches sous-jacentes, dans d'autres endroits au contraire, elle est parfaitement mobile.

La tumeur paraît assez mobile sur les parties profondes, notamment au niveau des fesses ; mais en sa partie médiane, on sent sur sa base comme un pédicule qui la rattache au coccyx et limite sa mobilité dans les deux sens.

Sa consistance est en général molle, mais inégale dans les points où on l'examine. Elle se compose de lobes distincts et indépendants. Deux sont fluctuants ; les autres ont la consistance du tissu cellulo-graisseux assez ferme.

On ne perçoit pas de battements et l'auscultation est négative ; enfin la tumeur est irréductible, non transparente et ne change pas de volume sous l'influence des cris de l'enfant.

M. Lannelongue, trouvant à ce moment l'enfant trop faible pour affronter une opération, conseilla de la nourrir et de la réconforter, en insistant pour qu'on la lui représentât de temps en temps.

Depuis, l'enfant a grossi ; sa santé est florissante. Mais la

tumeur a augmenté de volume, et au 26 décembre, elle mesure 11 centimètres sur 14. Cet accroissement rapide décide M. Lannelongue à intervenir.

Opération. — La peau est incisée de façon à pouvoir refermer la plaie après l'extirpation de la tumeur.

Dans un second temps, on entre aussitôt dans une atmosphère graisseuse très dense, d'une épaisseur de 4 à 5 centimètres, et l'on met à découvert la tumeur proprement dite, qui occupe la partie supérieure de la masse et se dirige vers le sacrum. La dissection s'adresse à cette tumeur que M. Lannelongue isole facilement. On remarque alors qu'elle part du coccyx, qui en est enveloppé aussi bien en avant qu'en arrière. Le coccyx est bien mobile. La tumeur est isolée au niveau de son insertion et le coccyx sectionné au point où il plonge dans le néoplasme.

A remarquer, dans les parties inférieures, un plexus érectile, veineux surtout. M. Lannelongue doit enlever au ciseau une quantité considérable de graisse, qui plonge jusque dans le périnée et les fesses, pour redonner à la région son aspect normal.

La plaie, après que toute la masse fut enlevée, est suturée et drainée.

Description de la tumeur. — La tumeur principale est appendue au coccyx. Elle a une forme triangulaire à angle mousse. Son volume est celui d'une mandarine. Sa consistance est assez dure ; elle ne présente plus trace de fluctuation. Elle se confond avec le tissu conjonctif, n'ayant pas d'enveloppe. A la coupe, on trouve un aspect rappelant certaines tumeurs solides, mais multikystiques de l'ovaire.

La plus grande partie de la surface de la tumeur est formée par une substance blanc-jaunâtre, au milieu de laquelle se trouvent des poches kystiques d'étendue variable (de 2

millimètres à 1 centimètre). Le contenu de ces kystes est très variable aussi, tantôt renfermant un liquide clair, tantôt épais, parfois purulent. Cette tumeur semble donc constituée par un certain nombre de poches kystiques, réunies par du tissu conjonctif infiltré fortement de graisse.

L'autre tumeur est franchement lipomateuse. Elle est 4 à 5 fois plus considérable que la précédente, et contient un kyste en son centre.

L'examen histologique très complet a été fait par M. Frémont, interne des hôpitaux. Il confirme les données précédentes.

Le 27 novembre. — L'enfant est fatiguée. Elle a subi une légère intoxication par le phénol.

Le 28. — L'intoxication persiste.

Le 29. — L'enfant n'est pas rapportée.

Le 30. — Pas de nouvelles. Tout porte à croire à un accident fâcheux.

OBSERVATION XXIX

Lipome congénital calcifié du coccyx. — Grüber. — Schmidt's Jahrbücher, 1841

La première moitié de la grossesse de la mère de l'enfant dont il s'agit, se passa bien ; dans la seconde, elle ressentit de la gène et de la pesanteur dans le ventre, sensations qui variaient avec les mouvements du corps. L'accouchement se fit à terme ; à la vulve, se présenta d'abord un corps mou, arrondi, qu'on avait pris pour le siège au toucher. Grâce à des tractions énergiques, on put l'extraire ; le siège suivit ;

après quoi l'accouchement se termina rapidement. L'enfant, une fille, était de grosseur moyenne, elle était presque sans mouvement, sa respiration était faible et ses membres comme paralysés.

La tumeur, d'un volume double de celui d'une tête fœtale à terme, était implantée sur une base étroite et partait d'un point situé immédiatement derrière l'anus ; elle recouvrait en arrière le coccyx et le sacrum et s'étendait en avant jusque par-delà les grandes lèvres.

La surface de cette tumeur était normale ; en un point pourtant, il y avait de la rougeur et des excoriations par lesquelles une certaine quantité de sang suintait continuellement. Cette hémorrhagie ayant résisté aux moyens ordinaires, on procéda à l'extirpation de la tumeur.

Le pédicule de la tumeur était formé par un prolongement du coccyx, dont la pointe, de consistance cartilagineuse, pénétrait les tissus de la tumeur et dut être réséquée.

La tumeur pesait 2 livres 3 1/2 onces, tandis que le poids total de l'enfant était de 5 livres 1/2. De cette base, elle s'étalait dans toutes les directions. Sphérique, elle se plaçait entre les organes voisins.

Elle était constituée, par plusieurs compartiments graisseux, reliés par une mince couche de tissu cellulaire lâche. En plusieurs endroits, se trouvaient des dépôts calcaires disposés tantôt comme des points d'ossification, tantôt en lamelles.

On trouva aussi de nombreuses cavités veineuses pleines de sang, surtout placées à la surface.

L'enfant succomba 12 heures après l'opération.

A l'autopsie, on vit bien que le coccyx était anormalement constitué. De l'extrémité inférieure du coccyx effilé partait le pédicule de la tumeur. Plus il pénétrait profondément dans

celle-ci, plus il devenait mince et mou et il se confondait ainsi peu à peu avec le lipome.

OBSERVATION XXX

Lipome congénital du coccyx. — Middeldorpf. — Wiener Woschenschr., 1858, cité par Molk.

Le 6 août 1857, on apportait à la Clinique de Breslau, un petit garçon de onze mois, portant un appendice de la grosseur du pouce, fixé à la pointe du coccyx. Cette tumeur était congénitale, piriforme, à pédicule étroit, recouverte d'une peau mince et luisante.

Middeldorpf enleva cette tumeur avec son appareil galvano-caustique et l'opération fut suivie de plein succès.

La tumeur se composait d'un feutrage excessivement riche en graisse.

OBSERVATION XXXI

Lipome congénital de l'extrémité inférieure du coccyx. — Cross. — The Lancet, oct. 1860; cité par Molk.

Un enfant portant une tumeur congénitale, à l'extrémité inférieure du tronc fut amené à l'hôpital Charring-Cross de Londres. Cette tumeur partait du coccyx et allait à l'anus qu'elle refoulait un peu en avant. On extirpa la tumeur au bistouri et l'enfant fut parfaitement guéri.

OBSERVATION XXXII

Lipome congénital de l'extrémité inférieure du tronc. — Faber. — Duor. monstror. hum. descript. anatom. Berolini, 1827, p. 17, — cité par Molk, thèse Strasbourg 1868.

Enfant du sexe féminin, mort-né, portant au périnée une tumeur plus grosse que la tête, s'étendant jusqu'aux mollets. Elle envahissait aussi le petit bassin, qui en était presque complètement rempli. Elle contenait des masses lipomateuses et quelques tractus fibreux. A l'incision de la tumeur, il s'échappa des masses graisseuses, semblables en tout point à la consistance graisseuse du bras.



Délimitation du sujet

Le lipome est une tumeur constituée par du tissu adipeux de nouvelle formation. C'est Littre (1) qui le premier, en 1709, sépara nettement les tumeurs graisseuses du groupe confus des loupes, stéatomes, etc., avec lesquels jusqu'alors on les confondait.

Mais toutes les tumeurs qui contiennent de la graisse ne sont pas des lipomes et certaines accumulations de graisse, telles que celles qu'on rencontre chez les gens obèses, par exemple, au niveau de quelques organes (épiploon, etc.), malgré leurs proportions parfois considérables, ne doivent pas être considérées comme des lipomes. Ces amas adipeux n'ont pas les caractères des néoplasmes ; il leur manque la persistance et l'individualité propre de ceux-ci, car contrairement à ce qui arrive pour les lipomes, ils varient suivant l'état de santé ou de maladie de celui qui les porte.

Les anciens auteurs pensaient que les tumeurs lipomateuses ne se pouvaient développer que dans les

(1) Littre. Sur 3 espèces de loupes et une 4e... Paris, 1709.

endroits où il existe normalement de la graisse. Ce fait n'est pas complètement exact. Les tissus de substanée conjonctive (tissu osseux, cartilagineux, myxomateux, lipomateux), sont des équivalents morphologiques ; ils peuvent se succéder et se transformer les uns dans les autres ; l'hétéroplasie est un phénomène histologique normal. A la vérité, les lipomes sont bien plus communs dans les régions où abonde la graisse, mais il s'en faut nous le répétons, qu'il n'en puisse être autrement. Nos observations ci-jointes le prouvent surabondamment.

D'une façon générale, on peut distinguer avec Cruveilhier, dans les lipomes, les lipomes superficiels ou sous-cutanés et les lipomes sous-aponévrotiques ou profonds.

A un autre point de vue, il y a lieu de considérer des lipomes acquis, les plus fréquents, et des lipomes congénitaux, plus rares.

« L'épithètede congénital, dit M. Lannelongue, (1) ne doit pas être prise au sens littéral, et n'implique pas absolument la constatation de ces tumeurs au moment de la naissance. Elle indique seulement que les conditions déterminantes de leur formation existaient dans la vie intra-utérine. C'est la même signification qui s'attache généralement au terme d'affections congénitales ». Nous avons constaté au cours de nos recherches qu'il existait un certain nombre de cas superposables au suivant : Un individu âgé de 60 à

(1) Lannelongue, Kystes congénitaux. Paris, 1884.

70 ans par exemple, porte une tumeur de volume assez considérable qui s'est lentement développée et dont il ne s'est aperçu pour la première fois qu'à l'âge de 10 à 15 ou 20 ans, alors que son volume n'était que celui d'une noisette ou d'une noix. Rien d'invraisemblable à admettre qu'une telle tumeur est congénitale et qu'elle à mis 10 à 15 années à acquérir le faible volume qu'elle avait, lorsque le porteur l'a constatée. Nous sommes même absolument convaincu qu'il est bon nombre de tumeurs considérées comme acquises qui sont en réalité congénitales. Quoi qu'il en soit, nous n'avons pas cru devoir joindre de tels cas, aux observations que nous publions, leur origine congénitale ne pouvant, malgré tout, être absolument affirmée.

Il est une catégorie de tumeurs, très rare, il est vrai, qui, bien qu'assez voisine de celle qui nous occupe, doit en être aussi distraite. Ce sont les lipomes intra-osseux proprement dits, dont il existe trois ou quatre cas dans la science, et qui ont une structure toute spéciale.

Eliminons enfin une dernière espèce de tumeurs, surtout fréquente dans la zône sacro-coccygienne, les tumeurs complexes ou tératomes, qui contiennent bien, à vrai dire, une certaine quantité de graisse, mais associée aux tissus les plus divers (sarcomes, myxomes, parties fœtales, etc.).

Par ce qui précède, nous pensons, ayant successivement écarté les lipomes intra-osseux, ceux qui ne sont pas évidemment congénitaux et les tumeurs com-

plexes, nous pensons avoir nettement délimité la variété de lipomes que nous allons étudier, les *lipomes congénitaux ostéo-périostiques.*

L'histoire de ces lipomes congénitaux ostéo-périostiques est de date toute récente. Hormis quelques observations rares, on ne trouve rien dans les auteurs. C'est à M. le professeur Lannelongue, dont on connaît l'autorité en matière d'affections congénitales, qu'il convient d'assigner la priorité ; c'est à lui que revient le mérite d'avoir tracé l'histoire de ces tumeurs. On ne s'étonnera donc point si nous confessons lui avoir fait quelques emprunts.



Etiologie, Pathogénie

Les notions que nous possédons sur l'étiologie des lipomes, et sur celle des néoplasmes en général, sont fort incertaines. On verra plus loin, en étudiant la pathogénie, quelques-unes des opinions soutenues au sujet de leur formation. Nous nous bornerons ici à émettre quelques considérations, à vrai dire accessoires, sur la fréquence relative, le siège des lipomes congénitaux ostéo-périostiques et le sexe des malades qui en sont porteurs.

A. *Fréquence.* — Les lipomes à la fois périostiques et congénitaux ne s'observent pas communément, nous l'avons dit en commençant. Les statistiques complètes nous manquent pour donner le compte exact de leur proportion. On pourra cependant avoir une idée approximative de leur peu de fréquence par les quelques renseignements suivants.

Barros Borgogno (1) dans un travail statistique dont il a puisé les éléments dans diverses Cliniques de Berlin, ne signale, sur 2500 néoplasmes de toute nature

(1) Barros Borgogno — Siège des tumeurs. Th. Paris, 1879.

et siégeant sur toutes les parties du corps, que 174 lipomes, dont 9 seulement congénitaux.

Les chiffres de Grosch (1) et de A. Chipault (2) absolument comparables entre eux, touchent plus directement à notre sujet. Sur 37 lipomes ostéo-périostique crâniens, le premier de ces auteurs a trouvé 5 lipomes congénitaux, et le second 6 seulement sur 65 cas. On voit combien est faible leur proportion.

Si nous avons pu en réunir 32 cas, cela tient probablement à ce que, presque toutes les observations de cette affection ont eté publiées, en raison même de leur rareté.

B. *Sexe*. — D'une manière générale, le lipome a une préférence marquée pour le sexe fémiuin ; c'est l'avis général des auteurs, C'est ainsi que, sur 85 lipomes, Bryant (3) en rapporte 73 au sexe féminin et 22 seulement chez l'homme. — Barros Borgogno arrive au même résultat : sur 140 cas où le sexe est indiqué, il note 85 femmes pour 55 hommes. — La statistique de A. Chipault, qui porte sur 47 lipomes sous-épicrâniens, indique au contraire 32 hommes et 25 femmes. — De notre côté, dans les observations que nous publions, nous accusons sur un ensemble de 21 cas, où le sexe est nettement spécifié, (car nous ne pouvons tenir compte de ceux où il est seulement indiqué par les termes « un malade, un enfant, un nouveau-né »

(1) Grosch — Deutche Zeitchrs für Chirurg. 1887
(2) A. Chipault — Méd. Mod., déc., 1885
(3) Bryant — Gug's Hosp. Repart., vol. IX. 1863

beaucoup trop vagues) 12 malades du sexe féminin et 9 du sexe masculin ; ce qui nous autoriserait à nous ranger à l'opinion générale. Il serait téméraire toutefois, de conclure d'une façon définitive.

C. *Siège.* — Les lipomes qui nous occupent peuvent se développer sur tous les os du squelette. On s'accorde à leur assigner comme lieu d'élection, le crâne ; puis viennent le rachis, la région sacro-coccygienne, et enfin les membres.

Pour notre part, nous avons rencontré 11 cas de lipomes congénitaux ostéo-périostiques implantés sur le crâne, parmi lesquels 5 s'attachaient au front, 5 autres étaient, situés soit sur la région pariétale, soit sur la zône occipitale ; le dernier s'insérait à une aile sphénoïdale.

À la colonne vertébrale nous avons trouvé les chiffres suivants : 4 observations concernent la région cervicale ; 2 lipomes seulement partent de la partie dorsale du rachis. La zône sacro-coccygienne, siège si fréquent des tumeurs congénitales, nous a fourni à elle seule 6 observations.

Enfin, nous avons pu rassembler 9 observations de lipomes congénitaux ostéo-périostiques des membres. Au membre supérieur, 3 cas, ainsi répartis : un lipome de l'omoplate, un de la clavicule et un du radius. Le membre inférieur nous a fourni 5 cas, dont 3 concernent le fémur, un la jambe et un autre les métatarsiens.

Citons, en dernier lieu, une observation dans laquelle le lipome s'implantait à l'ischion.

D. *Pathogénie.* — Les considérations, comme celles que nous venons d'énoncer sur le sexe, l'âge, le siège, ne fournissent pas de raisons suffisantes de la production des lipomes. Si la cause intime des maladies microbiennes est aujourd'hui bien connue, grâce aux travaux de Pasteur et de ses disciples, il n'en est pas de même des néoplasmes dont la pathogénie est encore entourée d'une grande incertitude.

Rien d'étonnant, par conséquent, que soient nombreuses les théories qui prétendent expliquer la genèse du lipome en général.

Nous résumerons, dans ce qui va suivre, d'une manière aussi brève et aussi claire qu'il nous sera possible, les principales d'entre elles.

Nous exposerons ensuite, en terminant, les idées soutenues à ce sujet par M. le professeur Lannelongue, et qui nous paraissent bien plus satisfaisantes pour comprendre la production des lipomes congénitaux ostéo-périostiques.

Signalons, seulement en passant, l'hypothèse de Hunter, qui fait du lipome, un produit de sécrétion dû à un système glandulaire spécial ; et celle de Morgagni (1) qui veut que le relachement de la peau en certains endroits y permette une accumulation de graisse. Basées sur des erreurs anatomiques, elles n'ont qu'un intérêt historique.

Une des théories qui compte le plus de défenseurs est la *théorie diathésique.* Elle a été soutenue par

(1) Morgagni, Epistol., 50, 22.

Cruveilhier (1), par Broca (2), par Darbez (3) et surtout par Verneuil (4) et son élève Juda (5), qui l'adopte à l'exclusion de toute autre.

« Il est pour nous incontestable, dit Juda, que la présence d'une tumeur est la résultante d'un certain nombre de circonstances, parmi lesquelles l'état général, l'adultération diathésique de l'individu, jouent un rôle prépondérant. Et ceci est vrai de toute tumeur, car l'arthritisme, qui est le vice que la clinique dénonce, enfante chaque jour sous nos yeux, tantôt l'épithéliome, tantôt le sarcome, tantôt le fibrome. Qui oserait nier que cette production que nous voyons, dans certains cas, rentrer dans la pure symptomatologie de l'arthritisme pour constituer le lipome sus-claviculaire, les masses exubérantes des pannicules adipeux, voisins des grandes articulations, ne soit nettement dominé par la diathèse, lorsque le processus, au lieu d'aboutir à des traînées diffuses, se concentre, pour ainsi dire à l'intérieur, d'une capsule et aboutit à la formation du lipome-tumeur. Ce lipome va s'allier aux néoplasmes de toute gravité. Bref, comme Verneuil l'a nettement établi, le lipome rentre dans la classe si vaste des manifestations intimes de l'arthritisme. »

L'arthritisme, selon ces auteurs, renfermerait donc

(1) Cruveilhier, Anat. Path. générale, t. III, 1856.
(2) P. Broca, Traité des tumeurs, t. I, 1869.
(3) Darbez, Diathèse lipomateuse. Thèse Paris. 1868.
(4) Verneuil, Bull. Soc. Biologie. t. I.
(5) I. Juda, Lipome du périnée chez l'enfant. Thèse Paris 1885.

en lui cette diathèse, « Le lipome selon le mot de P. Broca, serait le dernier degré d'une échelle dont le cancer est le sommet. »

Beaucoup d'autres auteurs ont admis cette influence de l'arthritisme pour produire le lipome. Krohn (1) dans sa thèse inaugurale a apporté un certain nombre d'observations appuyant cette façon de voir.

L'hérédité ne serait peut-être que le mode de transmission de la diathèse lipomateuse des ascendants aux descendants. On ne saurait nier en tous cas son influence sur la production des lipomes. Murchison cite une famille ou le père et les deux filles portaient un lipome au bras. Johnson rapporte un cas dans lequel père et fils avaient un lipome du dos. Citons aussi le cas typique publié par Lardier (de Rambervilliers) (2) : A... se marie avec la sœur de B.., atteinte d'un lipome ; B... se marie avec la sœur de A..., les deux conjoints de ce second ménage n'ont pas de tumeur. Le premier ménage a trois filles, sur lesquelles deux portent des lipomes et l'autre est arthritique. Le deuxième ménage a quatre filles toutes lipomateuses et trois garçons tous arthritiques.

Il ne faut pourtant pas oublier, que, pendant la vie fœtale, l'influence de l'hérédité se fait beaucoup moins sentir sur la production des tumeurs que sur celle des malformations.

(1) Krohn. Les lipomes sont-ils d'origine arthritique ? Thèse Paris 1886.

(2) Lardier. Revue méd. de l'Est, 1884.

Une autre théorie, invoque pour expliquer la genèse du lipome « une perversion de l'action trophique, *d'origine névropathique.* » Bouju (1) s'est fait le défenseur de cette thèse, déjà soutenue avant lui par Mathieu, (2) Bucquoy, (3) et Desnos, (4) et l'a étayée d'un certain nombre d'observations où il note la coexistence du lipome et de différentes affections nerveuse, telles que tabes, névralgies, etc.

Pour Grosch(5),dont la théorie est fort bien exposée dans la thèse inaugurale de Katzellenbogen (6), la production du lipome est dûe à un *trouble sécrétoire* des glandes de la peau. Il résulte effectivement de sa statistique,que les lipomes sont beaucoup plus fréquents dans les régions pauvres en glandes sébacées et sudoripares que partout ailleurs ; d'où il conclut que l'activité secrétoire des glandes cutanées constitue un acte important dans l'accumulation de la graisse dans le tissu cellulaire, et que par suite, tout trouble secrétoire se traduira par une adipose, locale, si le trouble est régi par des causes locales, et généralisée au cas contraire.

On a vu plus haut, que certains auteurs, Cruveilhier et Verneuil entre autres admettaient sans réserve

(1) Bouju. Lipomes multiples d'origine nerveuse. Thèse Paris 1891.

(2) Mathieu. Gaz. hôpitaux, juillet 1891.

(3) Bucquoy. Soc. Méd. Hôp. juin 1891.

(4) Desnos. Soc. Méd. Hôp. juin 1891.

(5) Grosch. Stûdien über. das lipom. Deutsche Zeitschir. f. Chir. 1897.

(6) Katzellenbogen. Lipomes symétriques. Thèse Paris 1894.

là théorie diathésique. Virchow (1), se refuse à l'admettre. S'il y avait dyscratie lipomateuse, pense-t-il, il ne pourrait y avoir lipome. La graisse du lipome ne diffère pas histologiquement de la graisse du tissu adipeux normal et son développement est également le même. Pour qu'il se produise un lipome, il faut donc une raison locale, une cause uniformément répartie, car un état dyscrasique aurait pour effet une hyperproduction adipeuse généralisée.

Cette cause locale est une irritation quelconque. Dans le cas de lipome congénital, la nature de cette irritation nous échappe, ajoute Virchow ; ailleurs, elle est le résultat d'un traumatisme. L'influence du *traumatisme prolongé* n'est pas niable. Verneuil a noté la fréquence des tumeurs graisseuses du dos, chez les forts de la halle, et maints faits, cités par divers auteurs, accusent aussi cette cause. On a même voulu expliquer le lipome congénital par un coup reçu par le fœtus, pendant sa vie intra-utérine ; mais on ne comprend guère comment une irritation aussi brève pourrait bien produire un tel résultat.

Telles sont les principales théories émises par les divers auteurs, pour expliquer la formation du lipome. Ces théories sont appuyées et consolidées par un assez grand nombre de faits qui paraissent probants. Il nous semble donc certain que bon nombre de lipomes peuvent s'expliquer des différentes manières

(1) Virchow. Pathologie des tumeurs, traduction française de Aronssohn, Paris 1867.

citées plus haut. *Il n'y a donc pas de pathogénie unique, pouvant s'appliquer à tous les cas.* Ces théories peuvent-elles convenir au lipome congénital et plus particulièrement au lipome congénital ostéo-périostique ? Sauf exception, nous ne le pensons pas.

Les idées les plus satisfaisantes à cet égard sont celles qui ont été proposées par le Professeur Lannelongue (1).

Ici encore, la pathogénie n'est pas unique et varie avec le siège et la situation du lipome.

Tantôt le lipome congénital ne différerait pas du lipome de l'adulte et les explications pathogéniques ci-dessus exposées, lui pourraient convenir.

Tantôt et le plus fréquemment peut être, le lipome congénital n'apparaîtrait que secondairement, dans des angiomes simples ou kystiques ; il faudrait le considérer comme résultant de la *transformation de l'angiome*, dont il serait par là même un mode de guérison. « Quelques auteurs anglais, Holmes, Colte, Bickersteth, avaient déjà montré que les angiomes et les nœvi peuvent se transformer en tumeurs composées de tissu fibro-cellulaire et de kystes ». Sénac (2) pense que ce tissu fibro-cellulaire qui contient toujours un peu de graisse, et ces kystes, auraient disparu dans la suite, faisant place à du tissu adipeux.

Laboulbène (3) cite des observations où l'on saisit

(1) Lannelongue. Affections congénitales, t. I, 1891.

(2) Sénac. Lipome congénital, Thèse Paris, 1884 (inspirée par le Professeur Lannelongue).

(3) Laboulbène. Du nœvus en général, Th. Paris, 1854.

pour ainsi dire la transition entre le nœvus et le lipome. Sénac, de son côté, a réuni un bon nombre de cas puisés dans divers auteurs qui confirment encore cette manière de voir. On en trouve encore une preuve nouvelle, dans les examens histologiques de ces tumeurs, qui permettent de saisir toutes les phases de l'évolution transformatrice. « Lorsqu'on examine ces lipomes, on est frappé de l'importance des vaisseaux et le microscope y montre d'habitude la dilatation capillaire propre à l'angiôme. » Disons encore que l'on peut parfois rencontrer chez les lipomateux, un certain nombre de nœvi coexistant avec la tumeur graisseuse : deux des malades qui font le sujet de nos observations (Obs. XXV et Obs. XXVIII) étaient dans ce cas.

D'autres fois le lipome congénital paraît avoir une origine différente. Il serait dû alors à la *dégénérescence* non plus d'un angiome, mais de *tumeurs complexes*, de *tératomes*, voire même de *kystes dermoïdes*, qui tous se seraient transformés en tissu graisseux. Certaines observations de Lachaud (1) et de Grüber (2) appuyent cette thèse.

Ailleurs, et particulièrement dans les cas concerant les lipomes congénitaux ostéo-périostiques situés sur la ligne médiane du crâne et du rachis, (nous avons vu que ce sont les plus communs), il faudrait admettre

(1) Lachaud. Des tumeurs congénitales sacro-coccygiennes. Th. Paris 1883

(2) Grüber, Schmidts Jahr. 1841. Bd 30.

qu'on a affaire à des affections congénitales, à des *méningocèles déshabités* qui ont subi, eux aussi, la dégénérescence graisseuse. De fait, au crâne, ils ont très souvent le même siège que les encéphalocèles ; nous n'en voulons pour preuve que les cas de Reclus (Obs. XI) et de Heincke (Obs. XVIII). De même, au rachis, on peut le considérer comme résultant de la *dégénérescence des enveloppes d'un spina bifida*, comme semblent le montrer les observations de Briole (Obs. XXVII), de Sutton (1)

« Ils traduisent, dit R. de Bovis (2), un spina-bifida avorté ou guéri pendant l'évolution intra-utérine. Le siège, les adhérences, les prolongements intra-rachidiens, comme dans les cas de Johnson et d'Obré (Obs. XXI), les naevi cutanées, nous semblent autant de raisons pour autoriser ce rapprochement. »

Tous ces motifs nous conduisent donc à nous rallier aux idées du Professeur Lannelongue de préférence à toute autre.

Cependant, il faut bien l'avouer, malgré la diversité de ces théories, il est des faits qu'aucune d'elles ne paraît expliquer de façon satisfaisante. Pour ne citer qu'un exemple, notre observation inédite ne semble rentrer dans aucune des catégories décrites plus haut. Le lipome dont il s'agit, en raison de sa situation, ne peut résulter d'un tératome, d'une tumeur complexe et *a fortiori* d'un méningocèle ; il ne semble pas non

(1) Bland Sutton — Méd. Chirurg. Trans. 1885.
(2) R. de Bovis. — Presse médicale, janv. 1898.

plus être dû a la transformation d'un angiome, car en lisant la description histologique qui l'accompagne on voit qu'il n'y a nulle trace de vaisseaux et qu'il s'agit d'un lipome absolument pur.

Comment l'expliquer ? Une des théories applicables au lipome acquis peut-elle trouver sa place ici ?

Quoiqu'il en soit, « il est impossible actuellement de définir d'une façon absolument certaine, les conditions étiologiques qui président à l'apparition du lipome ostéo-périostique. L'obscurité qui règne sur la pathogénie du lipome de l'adulte, entoure aussi l'origine des lipomes congénitaux profonds (Lannelongue). »



Anatomie Pathologique

Etudions maintenant les caractères anatomiques du lipome congénital ostéo-périostique, en insistant surtout sur les points qui lui sont bien particuliers, soit du fait de sa congénitalité, soit du fait de son origine ostéo-périostique, soit enfin en raison des sièges divers qu'il peut occuper.

A. — *Situation et rapports avec les parties voisines.* — D'une façon générale, le lipome congénital ostéo-périostique est situé dans la profondeur des tissus, en contact direct avec le périoste (plus rarement avec l'os lui-même) auquel il adhère, soit par sa capsule, soit seulement par un prolongement de celle-ci ; d'autre part, il est recouvert, au début du moins, par les divers plans anatomiques superficiels (muscles, peau).

C'est cette situation et ces rapports qui lui donnent son originalité propre.

Au CRANE, siège bien fréquent des lipomes qui nous occupent, nous l'avons vu, ces tumeurs sont situées entre le périoste crânien et l'aponévrose épi-crânienne « Il suffit pour comprendre cette localisation, qui est du reste celle des phlegmons et des hématomes péri-

crâniens, de se rappeler les adhérences qui existent entre le cuir chevelu et la couche aponévrotico-musculaire, reliés par une solide trame fibreuse, au milieu desquels on trouve à peine quelques traces de cellules adipeuses, et d'envisager ensuite la nappe épaisse et lâche de tissu, située entre l'aponévrose et le périoste (1) ».

Cette attache au périoste caractérise le lipome congénital ; elle lui est spéciale. Chez l'adulte, en effet, ce sont surtout les fibromes, les fibro-sarcomes et les autres variétés de tumeurs malignes qui enrichissent le périoste.

Tous les exemples de lipomes congénitaux ostéo-périostiques que nous rapportons, sont bien nettement caractérisés par cette adhérence intime au périoste crânien.

Dans quelques cas, le rapport est encore plus étroit et l'os lui-même est envahi sur une étendue plus ou moins grande, et ce fait est alors absolument spécial aux lipomes congénitaux, car on ne le rencontre pour ainsi dire jamais. chez l'adulte. Deux de nos observations sont typiques à cet égard. Dans l'observation de Lannelongue (obs. XII) le frontal était envahi sur l'étendue d'une pièce de cinq francs ; on dut, pour l'enlever, gratter toute la surface osseuse, car la tumeur s'étendait dans presque toute l'épaisseur de l'os. Le cas de A. Chipault est absolument comparable au précédent ; là, la tumeur prenait si fortement appui sur l'os qu'il fallut le trépaner et que la dure-mère se

(1) Chipault, loc., cit.

trouva à nu après l'opération. Notons que dans ces cas d'adhérences profondes à l'os, la tumeur est contournée à sa base d'implation d'un bourrelet osseux périphérique.

Que deviennent maintenant les plans sus-jacents ?

Au crâne, le lipome congénital ostéo-périostique étant généralement encapsulé, l'aponévrose épi-crânienne étant résistante, il y a peu de chances pour qu'il traverse les plans sus-jacents. Pareil fait ne se trouve signalé dans aucune de nos observations, et d'ordinaire la peau reste saine. Toutefois, on signale assez souvent la production d'adhérences entre la tumeur et la peau (Obs. XII, XVII, etc.). Dans le cas de Lannelongue (Obs. XII), l'adhérence était même si intime qu'il fallut curreter la face profonde de la peau pour détruire entièrement le lipome.

Au RACHIS, siège également fréquent du lipome qui nous intéresse, le point d'implantation est le plus souvent l'apophyse transverse ou épineuse des vertèbres, dans les régions cervicale et dorsale. A la région sacro-coccygienne, c'est aussi, avant tout, à la région médiane qu'il s'insère. Le coccyx, lorsqu'il est le siège d'un lipome congénital, en est le plus souvent englobé et l'on peut être obligé, ne pouvant le libérer, de le sectionner (Obs. XXVIII de Lannelongue).

Dans toute cette zône rachidienne, le lipome parti d'une apophyse vertébrale, est pour ainsi dire à fleur de peau. Tout au plus a-t-il à rejeter latéralement les muscles des gouttières vertébrales. On comprend faci-

lement, dès lors, que ce soit dans toute cette région que l'on signale le plus fréquemment des altérations de la peau. Le lipome, moins solidement maintenu qu'au crâne, tend plus facilement à s'épanouir. D'autre part, les traumatismes, les frottements, qui se produisirent si souvent en cet endroit, favorisent l'amincissement du tissu cutané et finalement son ulcération. Les deux observations (obs. XXI et XXVI) où l'ulcération de la peau est signalée, concernent des lipomes d'origine rachidienne. La peau, ici comme au crâne, peut adhérer au lipome (obs. XXIV, XXV).

Aux membres, le lipome congénital ostéo-périostique a un siège qui lui est spécial. Il naît constamment au voisinage de l'épiphyse. Dans notre cas, il naissait tout près de la cavité glénoïde de l'omoplate. Il peut aussi adhérer comme partout ailleurs, non seulement au périoste, mais à l'os lui-même. Dans l'observation de Th. Smith (obs. III), il fallut ruginer le col du radius pour enlever le lipome qui s'y attachait.

Par suite de cette situation profonde, il n'intéresse que bien rarement la peau, qui reste la plupart du temps, intacte.

Toutefois, les muscles qui sont en contact avec lui, peuvent être altérés, s'il vient à acquérir un certain volume. Ils peuvent s'amincir par suite de cette incessante compression. Dans le cas de Smith (obs. IV) le demi-membraneux était réduit à une simple lamelle. Cet amincissement peut être tel, que le lipome en arrive à traverser le muscle, qui se trouve ainsi troué et dont la contraction par suite a pour effet de parta-

ger la tumeur envahissante en deux lobes reliés par un pédicule. La même observation note ce fait. Ailleurs, par suite de l'altération progressive du muscle et de son contact permanent avec le lipome, il peut arriver que des adhérences se produisent entre eux. Walther indique ce détail dans son observation (obs. VI). Dans notre observation I, on voit que le Dr Milian décrit à la périphérie des faisceaux musculaires refoulés et tassés.

B. *Enveloppes.* — Ici, comme dans toutes les autres variétés de lipomes, il y a lieu de distinguer des lipomes circonscrits et des lipomes diffus.

Les premiers, les plus communs, sont entourés d'une capsule, composée d'un tissu fibreux au feutrage plus ou moins serré. C'est, on le sait, au moyen de cette capsule ou de ses prolongements que s'établissent les connexions entre le lipome et l'os. — On peut croire, dans d'autres cas, que cette capsule fait défaut. Cela arrive bien rarement dans la variété de lipome que nous envisageons, mais elle se réduit parfois à une membrane d'une tenuité extrême, qui suffit pourtant à la séparer des parties voisines. — Ailleurs, enfin, soit que la capsule manque réellement par endroits dès l'origine, soit qu'il y ait eu érosion de la membrane par suite de l'extension progressive, du lipôme, celui-ci n'est que partiellement encapsulé et s'il adhère à l'os par la partie de l'enveloppe fibreuse qui est bien visible, il se continue ailleurs sans délimitation nette avec le tissu adipeux environnant.

Ces diverses variétés se rencontrent dans nos

observations. Remarquons seulement qu'on ne rencontre au front que des lipomes congénitaux ostéo-périostiques entièrement encapsulés.

Aucune de nos observations ne signale l'existence de bourses séreuses en quelque point de la surface de la tumeur, comme cela se voit parfois en d'autres régions. Peut-être ce fait doit-il s'expliquer par le jeune âge des porteurs de lipomes ostéo-périostiques, bien que cependant, nous l'avons vu, l'ulcération de quelques-unes de ces tumeurs ait déjà eu le temps de se produire.

C. *Mode d'extension — Forme.* — Le mode d'extension, la forme des lipomes, sont commandés par leur degré d'encapsulement, leur situation et leur volume.

Au CRANE, dans la région frontale, bien encapsulée et bien limitée par l'aponévrose, ils ne s'étendent guère. Leur situation d'ailleurs, gênante et visible, fait que les malades en réclament l'extirpation avant qu'elles aient eu le temps d'acquérir un grand développement. Dans la région postérieure, on les a vu se développer plus complètement et retomber jusqu'au cou et derrière les oreilles (Obs. XVII, XVIII, XIX).

Leur forme, dans ces régions, est généralement arrondie ou ovalaire.

Dans la zône du RACHIS, où le lipome est assez fréquemment diffus, il tend à s'étendre plus largement. En raison du poids qu'il prend au fur et à mesure de son accroissement, il se dirige le plus souvent vers la partie inférieure. Il est rare cependant qu'il suive une direction verticale et il occupe plutôt les parties laté-

rales du dos. Tel était celui dont Braquehaye rapporte l'histoire (Obs. XXV). — Il peut même arriver par extension progressive à simuler plusieurs tumeurs. Dans le cas de Jallet on pouvait penser à trois lipomes (Obs. XXII). — Ce n'est pas seulement en arrière et sur les côtés que peuvent s'étendre les lipomes congénitaux ostéo-périostiques du rachis. On les a vu, rarement il faut bien le dire, s'introduire entre les vertèbres et pénétrer dans le canal vertébral où ils compriment la moëlle. Les observations de MM. Johnson et d'Obré en sont deux beaux exemples (Obs. XXI et XXVI).

Au voisinage du coccyx, il peut même fuser en avant et aller combler l'espace qui sépare cet os de l'anus ; le fait est noté dans plusieurs observations.

Citons enfin, le cas célèbre de Faber (Obs. XXXII) relative à une fille mort-née, dont le lipome congénital s'étendait en bas jusqu'aux mollets et emplissait presque tout le bassin.

Quant aux lipomes congénitaux ostéo-périostiques des MEMBRES, nous avons déjà indiqué plus haut, comment ils pouvaient arriver à envahir les muscles et les organes voisins. Les déformations des membres qu'ils peuvent entraîner par leur présence, sont d'ailleurs communes à toutes les variétés de tumeurs. Nous n'y reviendrons pas.

D. *Volume. Poids. Nombre.* — Le volume et par suite le poids de ces tumeurs est essentiellement variable. Il dépend du moment où on les examine. Rien donc de bien spécial à dire à ce sujet.

Tantôt elles ont le volume d'une noisette, d'une noix, d'une orange ; mais elles peuvent acquérir des dimensions considérables et peser cinq à dix kilogrammes et même beaucoup plus. Il existe tous les intermédiaires entre ces extrêmes.

Relativement au nombre, on peut dire que le lipome congénital ostéo-périostique, est généralement unique ; il peut coexister avec une autre tumeur, mais il est le plus souvent seul. Nos observations en font foi. Le Docteur Chipault a réuni un total de 47 lipomes ostéo-périostique ; dans ce nombre, il y avait 11 fois coexistence d'une seconde tumeur, graisseuse ou autre ; dans aucun de ces 11 cas, on n'avait affaire à un lipome congénital.

E. *Structure.* — Résumons d'abord en quelques lignes, la structure du tissu graisseux ordinaire ; nous verrons ensuite combien peu s'en écarte le lipome et ses diverses variétés.

A l'état normal, le tissu adipeux est un tissu conjonctif dans lequel prédominent des éléments cellulaires, qui ont pris un volume et une constitution particulière.

La cellule adipeuse comprend : une membrane cellulaire mince et transparente ; une couche de protoplasma finement granuleuse, double cette membrane ; on voit souvent dans ce protoplasma de fines gouttelettes graisseuses, qui, incessamment élaborées par lui, vont rejoindre et grossir la masse graisseuse centrale ; sur un point, cette couche de protoplasma est plus épaisse et renferme le noyau de la cellule ; entre

la couche protoplasmique et la masse de graisse centrale, il peut y avoir une mince zone de liquide.

Enfin la sphère graisseuse centrale forme le dernier élément de la cellule adipeuse.

Les cellules adipeuses sont agglomérées par petites masses, dites *lobules adipeux*, séparés par du tissu conjonctif lâche, se réunissant à leur tour pour former le tissu adipeux proprement dit.

Signalons enfin la très grande vascularité du tissu graisseux, en rapport avec l'activité élaboratrice du protoplasma de la cellule, qui ne peut former de graisse que grâce aux matériaux apportés par le sang. « Chaque lobule adipeux, reçoit une artériole et émet une veinule, et est parcouru par un réseau capillaire; il n'y a qu'une cellule dans chacune de ces mailles et même, chaque cellule est-elle comprise dans une sorte de petite cage, formée par les capillaires anastomosés autour d'elle (1) ».

Dans le lipome pur, la structure est la même au point de vue histologique, que dans le tissu que nous venons de décrire et Verneuil l'a bien démontré. Les seules modifications, sont des changements de détail, portant surtout sur le volume. « Les vésicules adipeuses sont très grosses, entourées d'une membrane facile à démontrer et leur noyau est très accusé. Les lobules sont aussi plus grands qu'à l'état normal, et cette particularité de leur structure se traduit par la

(1) Mathias Duval. — Histologie.

mollesse et la fausse fluctuation qui les caractérisent (1). »

Outre le LIPOME PUR, on peut voir encore dans le lipome congénital ostéoperiostique, les mêmes variétés que l'on rencontre partout ailleurs. Cela nous conduit à dire quelques mots de ces variétés anatomiques.

Dans le LIPOME FIBREUX ou fibro-lipome, les cloisons interlobulaires sont très épaisses et formées de tissu fibreux dense. Le fibro-lipome est par conséquent plus nettement lobulé. Les lobules graisseux sont parfois très réduits ; on trouve d'ailleurs tous les intermédiaires entre le lipome pur et le fibrome lipomateux.

Dans le LIPOME MYXOMATEUX, ce n'est plus du tissu fibreux qui sépare les lobules, c'est du tissu muqueux avec des cellules étoilées caractéristiques. Tous les intermédiaires entre les extrêmes peuvent aussi se rencontrer. Le cas de lipome du sphénoïde que nous rapportons (Obs. XX) appartient à cette variété.

Le LIPOME ÉRECTILE est caractérisé par son extrême vascularisation. C'est cette variéte issue vraisemblablement de la transformation d'un angiome, qui a permis à M. le Professeur Lannelongue d'émettre la théorie pathogénique que nous avons rapportée. Cette sorte de lipome est fréquente.

Signalons, en terminant, le LIPOME OSSEUX, variété

(1) Cornil et Ranvier. — Histologie pathologique.

extrêmement rare, dans laquelle le tissu de soutènement séparant les lobules graisseux, est osseux.

Le lipome congénital ostéo-périostique appartient presque constamment à la variété pure, ou fibro-lipomateuse ; les autres sont exceptionnelles.

Bien caractérisé histologiquement, le lipome l'est-il aussi nettement macroscopiquement ? Oui, en général. Dans la plupart des cas, un simple examen suffit à le reconnaitre. La coupe d'une telle tumeur présente une surface d'un beau jaune, avec un reflet spécial, séparée en lobules visibles, absolument semblable du reste à la graisse normale.

Il n'en est pas moins vrai que, dans quelques cas, bien qu'on eut affaire à du lipome, l'aspect en était absolument différent. Dans un cas de M. Lannelongue on pensa à première vue à un sarcome et l'examen histologique fut nécessaire (Obs. XII). Dans l'observation que nous devons au Dr Guinard (Obs. I), il en est absolument de même, car la coupe confirmait le mode d'évolution de ce qu'on pensait être un sarcome et ce n'est que le microscope qui put dissiper toute appréhension.

F. Modifications anatomiques des lipomes. — Au cours de leur évolution, tous les lipomes, quels qu'ils soient, sont exposés à des transformations diverses qui peuvent modifier leurs caractères anatomiques.

1°) *L'ulcération* se produit généralement à la partie la plus saillante de la tumeur ; peu profonde d'ordinaire, elle n'intéresse guère que la peau (Obs. XXII, XXVI).

2°) *L'inflammation* (1) peut être primitive ou succéder à l'ulcération, qu'elle soit localisée ou générale, et elle peut aboutir à la transformation fibreuse du lipome ou à la suppuration et la gangrène. Nos observations ne relatent cependant aucun fait de ce genre.

3°) La *calcification* est signalée dans les observations de Briole (Obs. XXVII) et de Grüber (Obs. XXIX). Ce phénomène serait « le résultat de la saponification de la graisse, de la combinaison des acides gras qui se sont formés, avec la chaux et la soude, auxquelles s'ajoutent encore des phosphates terreux ».

(1) Voir Hébert. De l'inflammation des lipomes, Thèse Paris, 1849.



Symptômes

Au moment de la naissance, le lipome congénital ostéo-périostique se présente sous forme d'une petite tumeur du volume d'une noisette ou d'une noix. Logé dans la profondeur, indolent, il peut passer inaperçu à ce moment et n'être constaté qu'un peu plus tard ; c'est alors seulement que le médecin est consulté. Voyons donc comment on pourra le reconnaître.

Ce que nous avons déjà dit à propos de l'Etiologie et de l'Anatomo-pathologie, nous permettra d'être plus bref sur certains points de la séméiologie de cette affection.

Nous lui distinguerons trois ordres de symptômes : des Symptômes physiques, des Symptômes fonctionnels et des Symptômes généraux.

1° Signes Physiques. — Les signes physiques, que nous étudions d'abord, sont les plus importants et les plus constants. Ils varient selon qu'il s'agit de lipomes circonscrits ou de lipomes diffus. Il y a donc lieu de distinguer des symptômes communs à ces deux variétés et des symptômes propres à chacune d'elles.

a. *Signes communs aux lipomes circonscrits et aux lipomes diffus.* — Qu'on ait affaire à un lipome circonscrit ou diffus, il se présente sous forme d'une tumeur faisant saillie.

La peau qui la recouvre est généralement saine. Elle peut être plus ou moins distendue selon le volume de la tumeur qu'elle recouvre et dans certains cas l'amincissement qu'elle subit peut, être extrême et aller même jusqu'à l'ulcération.

On note parfois aussi sur toute cette surface, une vascularisation exagérée.

Le caractère important est l'adhérence qui existe le plus souvent (il y a des exceptions) entre la peau et la tumeur. Ce n'est point là à proprement parler un envahissement, comme cela a lieu avec les tumeurs malignes, (sauf peut-être dans le cas de M. Lannelongue, Obs. XII) mais seulement une union étroite entre le tissu fibreux qui entoure le lipome et le derme. Il peut s'en suivre de légères dépressions cutanées qui s'accentuent quand on tente de plisser le tégument et donnent lieu au phénomène dit de la peau d'orange. Au cas de lipome diffus, la peau, lisse, n'est pas libre non plus et ne peut être mobilisée qu'en déplaçant avec elle le tissu adipeux sous-jacent.

Le degré de mobilité du lipome sur les plans profonds est des plus variables, et dépend de la solidité et de l'étendue de ses attaches au périoste. Si l'on excepte les cas cités dans les observations XII et III, où la surface osseuse était envahie par le lipome sur une assez grande étendue, et où par suite l'immobilitè

était absolue, il y a toujours une certaine mobilité de la tumeur dans un sens quelconque, sens régi par le lieu d'implantation de son pédicule sur celle-ci.

On voit, que la recherche de la mobilité a, cliniquement, une certaine importance, puisqu'elle peut fixer l'observateur sur le degré d'adhérences profondes et par suite le point d'implantation de la tumeur qu'on examine.

La consistance du lipome est tout aussi variable que son degré de mobilité ; c'est sa structure qui la règle. Le plus généralement, le lipome offre au palper une sensation de mollesse. Cette mollesse, analogue à celle qu'on éprouve en palpant le tissu graisseux sous-cutané normal, peut aller jusqu'à la fluctuation la plus nette. Les plus habiles chirurgiens s'y sont laissés tromper et les membres de l'Académie de Médecine à propos d'un lipome présenté par Lisfranc, comme ceux de la Société de chirurgie à propos d'une tumeur semblable présentée par Forget, diagnostiquèrent unanimement une collection liquide. A mesure que la proportion de tissu fibreux augmente dans le lipome, sa consistance s'affermit, et nos observations présentent des exemples de tumeurs lipomateuses élastiques, fermes et même de consistance dure. Tous les degrés intermédiaires peuvent se rencontrer ; un même lipome peut présenter des inégalités de consistance dues à une inégalité de structure ; néanmoins, ce fait est rare dans la variété congénitale ostéo-périostique.

Disons en terminant que les lipomes sont le plus souvent irréductibles.

b. — Signes propres aux lipomes circonscrits. — Les lipomes circonscrits sont des tumeurs nettement limitées, dont il est facile de délimiter les contours, en partie au moins, malgré leur situation profonde. Ils sont saillants, de forme arrondie ou ovalaire.

La lobulation est un de leurs caractères les plus frappants ; elle saute aux yeux le plus souvent, car c'est elle qui produit les dépressions cutanées signalées plus haut. « On peut d'ailleurs facilement la mettre en évidence, au cas où elle ne se produit pas de prime abord ; il suffit pour cela de saisir la tumeur à sa base et de la soulever comme pour l'énucléer. On voit alors se creuser la surface de sillons, entre lesquels font saillie les lobules. »

Le lipome congénital ostéopériostique circonscrit peut siéger partout : à la tête, au rachis, aux membres. A la région frontale, c'est le seul qui soit signalé dans nos observations.

C. — *Signes propres au lipome diffus.* — Contrairement aux précédents, les lipomes diffus se présentent sous forme de tumeurs étalées, aplaties, peu saillantes, allongées. Leurs contours sont presque impossibles à délimiter, et comme ils se continuent insensiblement avec le tissu graisseux voisin, on ne saurait leur assigner de contours précis.

Cliniquement, on ne perçoit guère de lobulation, comme dans les précédents, et leur surface est lisse et régulière.

Comme les lipomes circonscrits, ils peuvent prendre naissance sur tous les os, mais on les rencontre de préference dans la région rachidienne

2° Signes fonctionnels. — Le lipome est une tumeur essentiellement indolente ; mais il peut arriver, très rarement du reste, qu'elle cause de la douleur. Une de nos observations (obs. XIII) mentionne ce symptôme. Il faut probablement incriminer ici des phénomènes de compression d'un nerf. Remarquons que ce phénomène n'a rien à voir avec le volume de la tumeur, qui dans cette observation, était très faible.

En outre, bien plus ordinairement, les lipomes peuvent produire des phénomènes de gêne ou de compression, dûs, suivant les cas, à leur situation ou à leur volume.

Dans le cas de Briole (obs. XVII) le lipome situé sur la fesse, gênait considérablement la malade. qui ne pouvait s'asseoir.

Dans le cas d'Obré (obs. XXI), le lipome envahissant le canal vertébral, détermina des accidents de compression de la moelle, (convulsions, anesthésie, spasmes, puis paralysie) auxquels succomba le malade, Des convulsions sont aussi signalées dans l'observation analogue d'A. Johnson (obs. XXVI).

Le malade de Walther (obs. VI) éprouvait des troubles de la marche.

3° Symptomes généraux.— Hors la présence de complications, les lipomes qui nous occupent, sont absolument incapables d'influencer l'état général, sauf peut-être chez le nouveau-né ou l'enfant en bas-âge et dans le cas surtout, où leurs dimensions se trouvent

trop considérables par rapport au volume de l'enfant, dont l'organisme est alors incapable d'assurer sans en souffrir gravement la nutrition de pareils néoplasmes (obs. XXIX).

Et pourtant dans notre observation I inédite, on peut voir que c'est le contraire qui s'est produit. L'état général est devenu si mauvais et a décliné si rapidement, qu'on a fait l'erreur de diagnostic en pensant au sarcome alors qu'il ne s'agissait que d'un lipome, comme l'ont montré le microscope et la guérison définitive de l'enfant.

Cette exception n'empêche pas qu'en général la conservation d'un bon état général, ne soit un symptôme favorable d'une certaine valeur, qui, joint à d'autres signes négatifs caractéristiques des tumeurs bénignes, puisse permettre au clinicien d'assurer son diagnostic dans les cas douteux.

Telle est par exemple l'absence de ganglions ; dans l'observation I malgré ce mauvais état général, le système ganglionnaire restait indemne.



Evolution

Le lipome ostéo-périostique congénital peut évoluer à la manière d'un lipome ordinaire ; c'est-à-dire qu'alors son développement est lent et progressif ; c'est d'une manière insensible qu'il augmente de volume et comme il est indolent, les malades ne se préoccupent guère de le faire enlever tant qu'il n'est pas gênant ou disgracieux.

Ou bien, et c'est normal encore, le lipome qui s'accroit insensiblement, s'arrête soudain et reste stationnaire pour un temps plus ou moins long. Le malade qui fait le sujet de notre observation XIII était âgé de quarante ans et son lipome congénital, devenu douloureux, était d'un très faible volume.

Mais ce qui caractérise spécialement le lipome congénital qui nous intéresse, c'est son *évolution rapide*. M. Lannelongue a, le premier, bien insisté sur ce point. Après un développement relativement lent, le lipome congénital se met soudain à s'accroître et bientôt, en un espace de quelques semaines ou de quelques mois, il double, triple son volume et son étendue ; et c'est ce caractère qui peut faire prendre pour un sarcome, un lipome « qui s'enfle à vue d'œil. »

Bon nombre de nos observations indiquent ce fait qui paraît avoir surpris quelques auteurs (obs. I. surtout). Nous nous permettons d'insister sur ce point car sa connaissance pourra éviter bien des erreurs.

Aucune de nos observations ne mentionne pour les lipomes ostéo-périostiques, diverses influences, comme la menstruation, les émotions, etc, qui paraissent agir sur certains lipomes et leur donnent un marche très intermittente et très irrégulière.

Notre observation I semble montrer que des ponctions exploratrices faites par le médecin. peuvent modifier la marche de la tumeur, qui évolue alors avec une grande rapidité, comme elles peuvent aussi modifier la consistance de la masse.

La marche, l'évolution du lipome congénital ostéo-périostique étant, en somme, variable, sa durée, on le conçoit, le sera également ; néanmoins cette évolution étant le plus souvent rapide, on comprend que soient rares, ces lipomes qui durent des années et des dizaines d'années, comme cela se voit fréquemment dans le lipome ordinaire. De fait, les malades qui en sont porteurs dépassent rarement l'âge de 15 ans, sans avoir subi l'ablation de leur tumeur.

La DÉGÉNÉRÉCENCE MALIGNE des lipomes, qu'admettait jadis Dupuytren, et qui semblerait à première vue trouver dans nos cas une confirmation, leur évolution ayant parfois été celle d'une tumeur maligne, n'existe pas et ne doit pas être admise.

Broca critiqua dans son « Traité des tumeurs » les conclusions de Dupuytren, concernant la transfor-

mation du lipome en carcinome, mais admit celle du lipome en sarcome. Cette transformation n'existe pas plus que la précédente. Les examens histologiques qui accompagnent, dans nos observations, les lipomes à évolution sarcomateuse, en donnent la preuve absolue. On n'a pas non plus affaire, dans ces cas, à des associations, en somme possibles, de lipomes et de tumeurs malignes, ayant secondairement envahi le lipome ; le microcospe y dénote du lipome presque constament pur, (obs. I.)

La RÉGRESSION SPONTANÉE du lipome, n'existe probablement pas non plus ; car si tous les auteurs en parlent, personne n'en a apporté d'observation probante.

On comprendrait une guérison spontanée à la suite d'une complication, (tranformation fibreuse, suppuration, gangrène).

Pour notre part, nous ne la voyons signalée dans aucune des observations que nous rapportons ; elle constitue en tous cas une éventualité possible.



Pronostic

Malgré cette évolution qui rappelle par certains côtés celle des tumeurs malignes, le lipome congénital ostéo-périostique est, comme tous les lipomes, une tumeur de nature bénigne. Il n'est pas toujours cependant sans innocuité pour qui le porte, soit du fait de sa situation, soit en raison de l'âge du sujet.

Il convient d'envisager son pronostic à différentes périodes : 1° au moment de l'accouchement ; 2° chez le nouveau-né ; 3° chez l'enfant plus âgé et l'adulte.

1° *Au moment de l'accouchement.* — La dystocie n'a été notée dans aucune de nos observations ; les tumeurs qui en font l'objet étaient à la vérité peu volumineuses si l'on excepte le cas de Faber. Mais il est rationnel d'admettre *a priori*, qu'en certains cas, surtout lorsqu'elles sont placées à la région sacro-coccygienne, elles peuvent mettre obstacle à l'accouchement. Molk a établi une statistique portant sur des tumeurs sacro-coccygiennes de diverse nature, et a noté que sur 107 cas, l'accouchement avait été retardé ou assez pénible dans 18 cas, et nécessité 13 applications de forceps. Dans aucun cas, le pronostic n'avait

été défavorable pour la mère. Coudère (1) signale à ce propos la coexistence de l'hydramnios.

Il serait donc plausible de penser que le pronostic pourra être sérieux pour le fœtus au moment de l'accouchement, et cela en raison de la longueur de l'expulsion et des manœuvres obstétricales que cette situation peut entraîner. En fait, il n'en est pas ainsi, et, à l'exception de cas comme celui de Faber où le volume du lipome et sa situation le rendent incompatibles avec la vie, le *pronostic est favorable* ; car, en tant que tumeurs molles et par suite réductibles, les lipomes se prêteront facilement aux différents temps de l'accouchement. N'étant pas une cause sérieuse de dystocie, la gravité du pronostic s'en trouvera diminuée d'autant.

2° *Chez le nouveau-né.* — Le pronostic dépend du volume de la tumeur et de la rapidité de son accroissement. Assurément, si la nécessité vient à se produire d'une opération importante dès les premiers temps de la vie, on conçoit que l'intervention puisse revêtir un grand caractère de gravité et même que la mort puisse en être la conséquence.

3° *Chez l'enfant et l'adulte.* — A mesure que l'enfant avance en âge, le pronostic devient meilleur. Les remarques précédentes subsistent pourtant s'il y a disproportion entre l'importance de l'intervention nécessaire et l'état général de santé de l'enfant. Chez

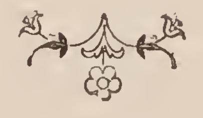
(1) Coudère. — Tumeurs sacro-coccygiennes et dystocie, Thèse Paris, 1890.

l'adulte on peut dire que le pronostic est *absolument favorable.*

La région sur laquelle s'implante le lipome est un facteur important à considérer à ce sujet. Les lipomes implantés au crâne (sauf les cas mentionnés déjà) rendent généralement l'intervention plus bénigne que s'il s'agit de certains lipomes du rachis, par exemple, qui peuvent nécessiter des opérations délicates.

Indépendamment de tout traitement chirurgical, on conçoit que des lipomes comme ceux d'Obré et de Johnson, qui envahissent le canal rachidien et compriment la moelle, conduisant ainsi à des accidents graves, aient un pronostic bien plus sévère (cas de mort dans l'obs. XXI).

Malgré tout, nous sommes en droit de considérer que le pronostic du lipome congénital ostéo-périostique est d'une manière générale très favorable. L'examen de nos observations confirme pleinement cette idée.



Diagnostic

Le lipome congénital ostéo-périostique est donc, somme toute. une affection rare, et c'est la grande raison qui fait qu'elle est si peu souvent diagnostiquée. « La grande difficulté du diagnostic des lipomes osseux profonds, dit Delbet, est leur rareté, l'ignorance ou l'oubli de leur existence possible, en présence du porteur. »

Dans quelques cas, les caractères de la tumeur sont tellement nets, qu'ils entraînent aussitôt la conviction et que l'idée de lipome se présente d'emblée à l'esprit.

Mais, nous avons vu combien les signes du lipome congénital ostéo-périostique sont variables, susceptibles de degrés, et, aucun d'eux n'étant pathognomonique, il arrive que, le plus souvent, on songe à une autre affection plus fréquente, En tous cas, il faut une discussion assez précise des symptômes pour arriver au diagnostic, qui peut, malgré tout, présenter de telles difficultés, qu'il est alors, cliniquement, impossible.

Le DIAGNOSTIC POSITIF se basera sur la réunion de quelques-uns des signes que nous avons énuméré

dans un chapitre précédent et dont l'association constitue un ensemble suffisant pour permettre d'affirmer la nature de la tumeur. Nous ne dirons pas qu'un diagnostic positif de lipome congénital ostéo-périostique, puisse se faire de prime abord; mais nous pensons, que dans quelques cas, un rapide examen peut, sans grande difficulté, permettre d'arriver à la solution du problème.

Que la tumeur que l'on examine, circonscrite ou diffuse, soit indolente, d'une consistance molle, quasi-fluctuante, plus ou moins élastique ; que sa surface soit lobulée et quelque peu adhérente à la peau ; que son évolution ait été lente, sans retentissement d'aucune sorte sur l'état général, — voilà, ce semble, une réunion de symptômes qui ne permettent pas d'hésiter à poser le diagnostic de lipome.

Si maintenant, cherchant à compléter ce diagnostic, on acquière la certitude que la tumeur présentée prend naissance dans la profondeur, que sa mobilité est limitée par une attache profonde assez facile à sentir, on sera en droit de penser qu'il s'agit d'un lipome ostéo-périostique.

Pour peu, enfin, que ce lipome se développe chez un nouveau-né ou un enfant en bas âge ; s'il a un siège spécial, s'il est situé sur le trajet des fentes embryonnaires au crâne, sur la ligne médiane au rachis, au voisinage de l'épiphyse dans les membres, on pourra compléter entièrement le diagnostic de lipome ostéo-périostique congénital.

Nous l'avons dit, bien plus souvent, le lipome

ostéo-périostique congénital ne s'impose pas. Diverses affections le peuvent simuler d'une façon complète, et pour peu qu'on n'y pense pas, l'erreur est fatale. Il y a, en tous cas, nécessité de discuter la nature de la tumeur qui se présente ; nous avons vu que cette discussion n'était pas toujours couronnée de succès et que, parfois, un examen histologique avait seul pu permettre d'affirmer, de façon indiscutable, la nature de la tumeur.

Nous allons donc envisager successivement, les diverses affections qui ont été confondues par les auteurs avec le lipome congénital ostéo-périostique, ou celles avec lesquelles il serait possible de les confondre, et indiquer les caractères qui pourront les faire distinguer.

1° Tumeurs solides. — 1° Au premier rang des tumeurs solides qui peuvent simuler le lipome ostéo-périostique congénital, se place le sarcome.

Qu'on ait affaire à une tumeur profonde bien encapsulée, de consistance inégale, molle par places, plus dure ailleurs, adhérente aux tissus voisins, et surtout développée chez un enfant avec une certaine rapidité — il faut avouer qu'il sera bien difficile dans ce cas, de ne pas penser au sarcome, qui est, on le sait, le cancer de l'enfance. De tels caractères entraînèrent M. Lannelongue à poser ce diagnostic dans un cas de lipome ostéo-périostique congénital (Obs. XII). S'il arrive de plus, comme dans le cas de M. Guinard (Obs. I) qu'après l'opération l'examen microscopique de la tumeur confirme le précédent diagnostic, il faut

reconnaître qu'il y a véritablement impossibilité à dépister la vraie nature de l'affection.

Hors de tels cas, on pourra faire le diagnostic, en se basant sur la consistance de la tumeur généralement beaucoup plus ferme, parfois même très dure, surtout au début, en tous cas beaucoup plus inégale que dans le lipome ; sur la présence de douleurs, fort variables du reste en durée et en intensité, absolument exceptionnelles dans le lipome ; sur le degré d'envahissement des parties voisines, qui ne se borne pas, dans le sarcome, à toucher la peau, mais atteint aussi les muscles et les tissus environnants ; sur la présence de ganglions, de règle dans le sarcome. Si, par bonheur, on peut décéler une certaine crépitation (rare), on diagnostiquera un ostéo-sarcome. Parfois même on a pu noter de la fièvre, « la fièvre des néoplasmes » de Verneuil. Le siège de la tumeur ne peut qu'aider bien peu au diagnostic, car, le sarcome, comme le lipome, peut exister sur tous les os, avec une préférence marquée toutefois pour les os des membres ; la production de fractures spontanées est alors un bon indice en faveur du sarcome, mais c'est surtout la gravité de l'état général, avec œdèmes, cachexie rapide, qui permettra de juger en dernier ressort.

2° L'*angiome*, dont le lipome ne serait que le dernier degré, peut donc *a priori*, être confondu avec celui-ci.

Lorsqu'il s'agit d'angiomes sous-cutanés plongeant dans une atmosphère cellulo-graisseuse, la distinction est presque impossible à faire, car ces deux sortes de

tumeurs ont des caractères communs, mollesse, élasticité, indolence, irréductibilité, etc.

Il est, en général, plus facile de les distinguer ; L'angiome en effet est toujours un peu réductible, au moins par une compression méthodique et soutenue. On peut même y constater parfois un léger mouvement d'expansion, voire un léger souffle.

C'est surtout au crâne qu'on pourra avoir l'occasion d'hésiter entre un lipome congénital ostéopériostique et certains angiomes, communiquant avec la circulation cérébrale veineuse. Mais ceux-ci siègent constamment sur le trajet du sinus longitudinal supérieur et de préférence à la région du front. Outre les signes énumérés plus haut, ils ont une mollesse extrême, une réductibilité entière et facile ; il faut noter enfin l'influence qu'ont, sur leur volume, les changements de position de la tête ou les mouvements respiratoires forcés.

3° On peut également confondre avec le lipome qui nous intéresse, *le fibrome*, qui se présente surtout à la tête, au rachis et aux phalanges. Cependant malgré de grandes analogies possibles entre ces tumeurs, le diagnostic est assez facile, car la consistance du fibrome est bien plus dure, son élasticité beaucoup plus marquée ; il présente bien rarement le phénomène de la peau d'orange ; de plus, son accroissement est lent et insensible, et on ne l'a jamais vu, comme le lipome congénital, simuler une tumeur maligne.

Disons pourtant qu'il peut être très difficile d'affirmer la nature de certains fibro-lipomes.

4° L'idée de *gomme syphilitique* pourra aussi se présenter, dans quelques cas, à l'esprit du clinicien, surtout à l'occasion d'un lipome qui se serait développé lentement chez l'adulte, car la gomme syphilitique est rare chez l'enfant. Pourtant, à tout hasard, le Dr Guinard institua le traitement spécifique dans le cas qui fait le sujet de l'observation I.

Au début, la gomme est dure, lisse, bien limitée, mais elle passe bieutôt par une période de ramollissement et c'est à ce moment qu'est possible la confusion. Toutefois, le petit volume de la tumeur, l'absence de pédicule, la tendance à l'ulcération, son apparition assez récente, sa multiplicité, surtout la coexistence d'autres manifestations syphilitiques et l'influence du traitement essayé, permettront de fixer un diagnostic hésitant.

5° Au crâne, on a pu prendre pour un ENCÈPHALOCÉLE, un lipome ostéo-périostique (obs. XVIII). L'erreur n'est pas toujours évitable. En premier lieu, cette malformation congénitale est bien plus fréquente que le lipome et l'on a raison d'y songer de préférence. Pas plus que le lipome, l'encéphalocèle n'est une affection à tableau clinique unique ; elle possède toute une échelle de symptômes variables, suivant qu'il s'agit de méningocèles, d'encéphalocèles proprements dits ou d'hydrencéphalocèles. Par suite, combien de points peuvent leur être communs ! La forme si variable du lipome peut-être exactement la même que celle de

l'encéphalocéle, et l'on sait que si les méningocèles sont plutôt pédiculés, comme les lipomes ostéo-périostiques circonscrits, les encephalocèles proprement dits sont généralement sessiles, comme les lipomes diffus. De même pour le volume : l'encephalocèle proprement dit, de petit volume, qui se place à la partie antérieure du crâne, pourra tout aussi bien que le volumineux hydrencéphalocèle situé de préférence en arrière de la tête, être confondu avec le lipome que nous étudions. Ces deux tumeurs peuvent présenter une surface cutanée semblable, c'est-à-dire mince, lisse et adhérente. Leur consistance ne pourrait non plus permettre de les distinguer, car si la consistance du lipome est, le plus souvent molle et même fluctuante, il peut en être de même dans quelques variétés d'encéphalocèles.

Pourtant quelques signes pourront faire pencher le diagnostic vers l'encéphalocèle : tels sont la présence d'une collerette de longs poils à la base de la tumeur, la cœxistence de malformations congénitales, comme le spina-bifida.

Le siège bien précisé, donnera quelques utiles renseignements : les seuls encéphalocèles susceptibles d'être confondus avec le lipome, siègent soit en arrière, sur la ligne médiane, depuis l'inion jusqu'au trou occipital, soit en avant au-dessus de la racine du nez. Le lipome congénital siège latéralement, en dehors de ces points. Seuls, les encéphalocèles placés au-dessus de la racine du nez pourraient en quelques cas donner lieu à une erreur.

Voici de meilleurs signes. La constatation bien évidente d'un rebord osseux, simulant une perforation du squelette au niveau de la base d'implantation de la tumeur au crâne, constitue un bon signe d'encéphalocèle.

De même, lorsqu'on pourra décéler de la transparence, il faudra éliminer l'idée de lipome. Si l'on peut arriver à réduire la tumeur, aussi faiblement que ce soit, car la réduction en pareil cas est plus rare qu'on ne le dit généralement, il s'agira d'un méningocéle.

Mais de l'absence de ces signes on ne sera en droit de rien conclure.

Le diagnostic sera aussi absolument certain, si des compressions exercées sur la tumeur déterminent des troubles nerveux (cris, convulsions, contractures, etc.) si celle-ci subit des mouvements d'expansion pendant les mouvements respiratoires et les efforts, et si l'on peut y déceler, comme cela arrive. des battements isochrones au pouls.

Il est regrettable que la constatation de ces signes absolument nets soit exceptionnelle.

6° A la région rachidienne, on a pu penser au SPINA-BIFIDA en présence d'un lipome congénital ostéo-périostique (Obs. XXVII). C'est évidemment à la région lombo-dorsale ou sacrée que l'erreur a été commise ; elle est très concevable, si l'on admet avec le Professeur Lannelongue que bien des lipomes profonds congénitaux ne sont que des spina-bifida guéris. C'est à cause des ceractères physiques communs à ces deux affections qu'il y a possibilité de se trom-

per. surtout si l'on songe à la rareté relative du lipome ostéo-périostique. De plus, le spina-bifida est médian et le lipome l'est toujours aussi. Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit à propos de l'encéphélocèle, car les mêmes signes diagnostics énumérés à ce sujet sont commune au spina-bifida crânien et au spina-bifida rachidien.

2° TUMEURS LIQUIDES. — 1° Parmi les tumeurs liquides, ce sont certainement les KYSTES CONGÉNITAUX, spécialement les KYSTES DERMOÏDES, qui ressemblent le plus au lipome congénital profond ; c'est avec eux que la confusion s'est faite le plus souvent (Obs. XIII, etc.). Au crâne, les kystes dermoïdes occupent le voisinage de l'orbite et la région de la fontanelle antérieure. Au rachis, on les rencontre aussi dans la région périnéo-sacrée, mais beaucoup plus rarement qu'au crâne ; ils sont alors bien plus volumineux que les kystes crâniens et contrairement à ceux-ci, leur composition est complexe et ce caractère nous autorise à n'en parler qu'au paragraphe suivant.

« On est souvent embarrassé, dit M. Lannelongue, parce que le lipome sous aponévrotique offre la plupart des caractères des kystes crâniens et spécialement des kystes dermoïdes, même volume, même forme, même consistance à peu près.,.. Si l'on ajoute que, d'une part, les lipomes sous-épicrâniens sont souvent observés dans le jeune âge comme les kystes dermoïdes et que ces derniers se développent parfois rapidement comme lipomes, on trouve là un ensemble de signes cliniques bien fait pour excuser les

erreurs commises »....

Nous ne nous attarderons pas à décrire des nuances symptomatiques; tout au plus dirons-nous que d'habitude le kyste est plus petit, d'une forme plus nettement circonscrite et souvent plus élastique.

Nous mentionnerons un des meilleurs signes qui puissent aider au diagnostic lorsqu'il peut être facilement apprécié : c'est le siège de la tumeur. Les kystes crâniens sont médians et ils occupent la ligne glabello-iniaque et surtout le bregma ; s'ils sont latéraux, ils se placent avant tout à la suture lambdoïde. Au contraire, on peut dire que les lipomes sous-épicrâniens sont constament latéraux et situés d'ordinaire sur la bosse frontale, parfois sur le pariétal, le temporal ou l'occipital, et de plus à distance des sutures où sont localisés les kystes. Enfin, tous les symptômes capables de faire distinguer une tumeur solide d'une collection liquide, tels que ceux signalés par P. Broca et que nous verrons plus loin, trouveront ici leur place.

2° En quelques circonstances, on peut, en face de lipomes diffus, surtout s'ils sont situés dans la zône rachidienne ou aux membres, croire à un *abcès froid*. Dans notre observation VI on discuta sa possibilité. Si, la plupart du temps, l'hésitation qu'on peut avoir en pareil, cas n'est pas de longue durée, et si le diagnostic peut se faire facilement en se basant sur la fluctuation, l'état général du sujet, la coexistence possible de lésions bacillaires osseuses, mal de Pott, etc., sur l'indolence bien moins absolue dans l'abcès froid quc

dans le lipome, on peut être forcé de recourir aux artifices qu'indique P. Broca, pour être définitivement fixé.

D'après cet auteur, on se trouve en présence d'une tumeur liquide, quand la fluctuation recherchée, se manifeste à la fois dans le sens de la longueur et de la largeur. En présence d'une grosse tumeur, la main placée au milieu arrête-t-elle la sensation du flot ? c'est qu'il s'agit d'un lipome. Enfin, la ponction exploratrice donne généralement la solution cherchée : si la seringue ramène du liquide ou du pus, il s'agit, à n'en pas douter, d'un kyste ou d'un abcès ; au cas de lipome, on aura fait une ponction « à blanc » ou mieux, on aura ramené un peu de sang. Un dernier artifice, qui peut trouver son application, consiste à plonger dans la tumeur, sur la nature de laquelle planent des doutes, une longue aiguille ; si celle-ci conserve sa mobilité c'est qu'elle est enfoncée dans une collection liquide ; sinon dans un lipome.

3° Tumeurs complexes. — C'est dans la zone sacro-coccygienne que ces tumeurs complexes, ces tératomes se rencontrent surtout. Elles ne rentrent pas dans les deux divisions précédentes, étant formées de tissus divers.

L'observation de Lachaud est bien, à proprement parler une tumeur complexe, mais nous l'avons conservée parmi nos observations, d'abord parce que quelques auteurs l'ont fait avant nous, et aussi parce que, si elle comprend deux tumeurs dont l'une est

complexe, l'autre attachée à l'os est un lipome, simple de structure.

On peut distinguer :

1° *Les tumeurs mixtes.* — Elles sont exclusivement solides ou associées à des kystes ; l'élément kystique peut même prédominer. Dans ces tumeurs on rencontre toutes espèces de tissus ; tissus embryonnaire cartilagineux, osseux, fibreux, graisseux, etc.

Congénitales, comme les lipomes qui font l'objet de notre étude, elles ne se rencontrent guère que dans l'enfance ; comme eux, elles occupent la ligne médiane sacro-coccygienne.

C'est surtout leur consistance qui permettra d'éliminer l'idée de lipome ; variable, suivant les tissus qu'elles renferment, il est rare que la multiplicité des sensations obtenues, se puisse comparer à celle du lipome. La ponction, faite aux points fluctuants, pourra encore lever les doutes.

2° *Les kystes fœtaux.* — Ces tumeurs contiennent dans une cavité kystique, des débris non douteux de fœtus ; os, tronçons de membres, etc.

Elles peuvent, en quelques cas, présenter des caractères d'absolue ressemblance avec l'affection qui nous occupe ; la forme, les adhérences, l'évolution.... ;

Parfois, il sera permis de les différencier en se basant, ici encore, sur les sensations tactiles qu'on obtiendra et qui pourront alors laisser sentir des parties nettement solides ou même osseuses, à côté de parties liquides.

Disons cependant que ce diagnostic avec les tumeurs

complexes peut présenter d'insurmontables difficultés.

En somme, le point capital, en dehors des caractères cités plus haut, au sujet de la symptomatologie et du diagnostic, qui permettent, quand ils existent, de faire le diagnostic, le point capital, croyons-nous, C'EST DE PENSER AU LIPOME CONGÉNITAL OSTÉO-PÉRIOSTIQUE, de bien savoir qu'il existe et peut augmenter rapidement jusqu'à acquérir un gros développement, même et surtout dans la première enfance.

Et pourtant, que de fois encore, sera-ce en dernière analyse, le microscope qui seul pourra donner avec certitude la solution cherchée.



Traitement

Il n'existe à l'heure actuelle qu'un mode de traitement à appliquer au lipome congénital ostéo-périostique, c'est l'ABLATION AU BISTOURI. Aussi ne nous arrêterons-nous pas sur les anciens procédés qu'on employait autrefois à la période préantiseptique, tels que la cautérisation, les injections d'alcool, etc.

D'une manière générale, l'opération est des plus simples. On incise la peau, selon la forme de la tumeur ; on sectionne les plans superficiels, muscles et aponévroses ; puis on récline les masses musculaires latérales qui peuvent se présenter. Arrivé sur la tumeur, on l'isole parfaitement jusqu'à son attache périostique qu'on sectionne et l'on peut même ruginer le périoste, si besoin est.

Le volume ou la situation de la tumeur peuvent rendre l'intervention beaucoup plus délicate. Si le lipome s'attache profondément à l'os, comme dans les cas de Chipault et de Lannelongue, il faudra de toute nécessité attaquer la surface osseuse elle-même et l'on pourra être amené, comme dans l'un de ces cas, à mettre complètement à nu la dure-mère sous-jacente, d'où aggravation évidente de l'intervention

Les prolongements du lipome peuvent aussi donner lieu à quelques difficultés, s'ils s'étendent trop loin ou s'ils contractent d'intimes connexions avec certains organes. Ainsi, dans le cas de Johnson (obs. XXVI), il fallut poursuivre, par des manœuvres de dissection très délicates, jusqu'aux méninges, quelques-uns des pédicules du lipome. Dans le cas de Heyfelder (obs. V), c'est le nerf sciatique qu'il fallut isoler.

On ne saurait donc, plus que nous ne l'avons fait, donner de règle absolue et fixer un manuel opératoire unique, d'interventions qui peuvent varier dans de grandes proportions, mais qui, somme toute, restent le plus souvent faciles.

Faisons remarquer de plus, que le chirurgien devra toujours agir avec prudence, surtout dans les régions crânienne et rachidienne, car il peut, croyant avoir affaire à un lipome congénital ostéo-périostique, se trouver en présence d'un encéphalocèle ou d'un spina-bifida.

Il y a lieu, enfin, de tenir grand compte de l'ÂGE DU SUJET à opérer. La plupart du temps, rien ne rend l'intervention immédiate nécessaire ; elle est surtout réclamée dans un but esthétique. — Donc, chez le nouveau-né, on tâchera, si aucune raison pressante ne le commande, de temporiser et d'attendre qu'il ait acquis un certain âge, et ce retard sera surtout utile, si le petit sujet est faible et débile. Les statistiques s'accordent à montrer que plus l'enfant avance en âge et prend de forces, plus diminuent les chances de mortalité.

Chez l'enfant âgé et chez l'adulte, on peut dire que l'opération est bénigne et que la guérison est de règle.



Conclusions

En résumé, des notions précédentes, il résulte que :

1° Le lipome congénital ostéo-périostique est une affection rare, qui semble frapper surtout le sexe féminin et peut siéger sur tous les os du squelette.

2° Sa pathogénie n'est pas unique. Il paraît résulter tantôt d'un angiome simple ou kystique transformé, tantôt de la dégénérescence des tumeurs complexes, tantôt de la transformation de méningocèles déshabités ou de spina-bifida guéris ou avortés. D'autres fois il est impossible de lui trouver une explication pathogénique satisfaisante.

3° Au point de vue anatomique, le lipome congénital ostéo-périostique est caractérisé par ses connexions intimes avec le périoste (parfois avec l'os lui-même) auquel il adhère par un pédicule fibreux ; souvent aussi il contrate des adhérences avec la peau.

Il est généralement unique.

Les autres caractère anatomiques ne diffèrent pas du lipome ordinaire.

Histologiquement, il est le plus souvent pur ; mais

on peut aussi rencontrer les mêmes variétés que dans le lipome commun.

4° Sa symptomatologie n'a de spécial que sa mobilité limitée et son adhérence possible à la peau. Ses autres signes ne diffèrent pas de ceux du lipome habituel.

5° Son évolution est au contraire très particulière. Elle est le plus souvent si rapide qu'elle fait croire à une tumeur maligne.

6° Néanmoins le pronostic est des plus favorables. Il est d'autant meilleur qu'il porte sur des enfants plus âgés ou des adultes.

7° Le diagnostic du lipome congénital ostéo-périostique est difficile. Le point capital est de songer à la possibilité de son existence. C'est surtout avec le sarcome, en raison de sa rapide évolution, et avec les kystes dermoïdes en raison de leur siège, qu'on pourra avoir à le faire.

8° Le traitement purement chirurgical est l'ablation de la tumeur au bistouri.

Vu : Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Index Bibliographique

D'Arcy Power. — The Lancet, 1888.
Bardon. — Lipomes du périnée. Thèse de Paris, 1899.
Barros Borgogno. — Siège des tumeurs, Th. Paris, 1879.
Bernu'z. — Th. Paris, 1846.
Bouju. — Lipomes multiples symétriques d'origine nerveuse, Th. Paris 1891.
R. de Bovis. — Presse médicale, janvier 1898.
Bucquoy. — Soc. Méd. des Hôp., juin 1891.
Butlin. — Médico-chirurg. Trans. 1885.
Braquehaye. — Bull. Soc. Anat., mai 1894.
Briole. — Gazette des Hôpitaux, 1883.
P. Broca. — Traité des tumeurs, Paris, 1869.
Bryant. — Guy's Hosp. Repart., vol IX, 1863.
Calbet. — Thèse de Paris 1893.
A. Chipault. — Médecine moderne, déc., 1895.
— In Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet.
Cornil et Rouvier. — Histologie pathologique.
Coudère. — Tumeurs saccro-coccyg. et dystocie. Thèse de Paris, 1890.
Cross. — The Lancet, 1860.
J. Cruveilhier. — Anatomie pathologique générale, 1856.
Darbez. — Thèse Paris, 1868.
Descamps. — Th. Paris, 1873.

Desnos. — Soc. méd. Hôp., juin 1891.
Dieu. — Th. Paris 1885.
Duplay. — Arch. génér. de médecine, 1868.
Duplay et Reclus – Traité de Chirurgie, passim.
M. Duval. — Histologie.
Faber. — Duor. monstr. hum. descr. anat. Berolini, 1827.
Felheisén. — Ueber das Lipom. der Stirn. Congrès des médecins allemands de Würtzbourg, 1882.
Follin et *Duplay.* — Path. ext.
Pearce Gould. — Méd. Chir. Trans., 1885.
Grosch. — Deutsche Zeitschrift für Chir., 1887.
Grüber. — Schmidt's Jahrbücher, 1841, Bd, 30.
Guépin et *Orillard.* — Bull. Soc. Anat., nov. 1893.
Hébert. — Thèse Paris, 1849.
Heyfelder. — De Lipomate, Stuttgard, 1842.
Holmes. — Thérapeutique des maladies chirurgicales de l'enfance, trad. O. Larcher, Paris, 1890.
Jallet. — Gaz. des Hôpitaux, 1867.
Jeanbrau. — Soc. Anat., oct. 1899.
Athol Johnson. — Path. Soc. Trans., t. VIII.
Sydney Jones. — Trans. of the pathol. Soc., 1881.
I. Juda. — Th. Paris, 1885.
Katzellenbogen. – Th. Paris, 1894.
Kirmisson. — Maladies de l'appareil loco moteur, Paris.
— Traité des mal. chir. d'orig. congénitale, Paris.
Krohn. — Th. Paris, 1885.
Laboulbène. — Th. Paris, 1854.
Lachaud. — Th. Paris, 1883.
Lannelongue. — Traité des kystes, Paris, 1884.
— Affections congénitales, Paris, 1891.
Lardier. — Revue méd. de l'Est, 1881.
Leclerc. — Th. Paris, 1882.

Lecuyer. — Th. Paris, 1872.
Le Dentu et *Delbet*. — Traité de Chirurgie.
Littre. — Sur 3 espèces de tumeurs, etc., Paris, 1709.
Mariage. — Th. Paris, 1894.
Mathieu. — Gazette des Hôpitaux, juillet 1891.
Middeldorpt. — Wiener Woschenschrift, 1858.
Molk. — Th. Strasbourg, 1868.
Monod. — Th. Paris. 1873.
Morgagni. — Epistol.
Müller. — Thèse Iéna, 1885.
Nancrède. — Boston méd. and Surg. Journ. 1883.
Obré. — Trans. of the path. Soc. 1852.
Pautrier. — Th. Paris, 1834.
Perrotte. — Th. Paris, 1857.
Quénu. — In Traité Duplay et Reclus, t. I.
Reclus. — Soc. anat., mars 1881.
Sénac. — Th. Paris, 1885.
Th. Smith. — Trans. of the path. Soc., 1866.
— » » 1868.
Bland Sutton. — Méd. Chir. Trans. 1886.
Verneuil. — Bull. Soc. Biol., t. I.
Virchow. — Pathologie des tumeurs, traduction Aronssohn Paris, 1867.
Walther. — Mercredi méd., janv. 1895.
— Art. sacro-coccyg. In Dict. des Sc. Méd.
J. Wood. — Trans. of. the path. Soc. 1875.

Paris. — L. BOYER, imprimeur, 15, rue Racine.